



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Pitkääaikaissairaiden hoitosuunnitelmaprosessin kehittäminen Peruspalvelukeskus Aavan avosairaanhoidon vastaanotoilla

Pahajoki, Inka-Maria

2015 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelmaprosessin kehittäminen
Peruspalvelukeskus Aavan avosairaanhoidon vastaanotoilla

Inka-Maria Pahajoki
Terveystieteiden tutkimuskeskus TAMK
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2015

Inka-Maria Pahajoki

Pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelmaprosessin kehittäminen Peruspalvelukeskus Aavan avosairaanhoidon vastaanotoilla

Vuosi	2015	Sivumäärä	88s.+ 7 liitettä
-------	------	-----------	------------------

Terveysten- ja hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan asiakkaan yksilöllisten hoidon tarpeiden pohjalta laadittua tavoitteellista kokonaishoidonsuunnitelmaa, joka tehdään hoitoprosessin tai -ketjun noudattamista varten. Asiakaslähtöisessä terveysten- ja hoitosuunnitelmassa hoidon tarpeet ja tavoitteet määritellään yhdessä asiakkaan kanssa. Suomen lainsäädäntö velvoittaa tekemään pitkäaikaissairaalle asiakkaalle hoitosuunnitelman. Uusi terveystenhoitolaki ja asetus potilaan oikeuksista määrittelee velvollisuuden terveystenkeskuksille.

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta ja lääkärit tietävät hoitosuunnitelman hyödyt, mutta käytännössä hoitosuunnitelmia ei avoterveydenhuollossa ole tehty. Ongelmana on se, että avoterveydenhuollossa asiakkaita on totuttu hoitamaan akuuttimallien mukaisesti.

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli saada muutos Peruspalvelukeskus Aavan hoitohenkilökunnan toimintaan ja saada hoitosuunnitelmien määrä kääntymään nousuun Peruspalvelukeskus Aavassa. Kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa laadullisin menetelmin tietoa siitä, millaisia kokemuksia Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottotyön sairaanhoitajilla ja osastonhoitajilla on vastaanottojen pitkäaikaissairaiden asiakkaiden hoitosuunnitelmaprosessista ja selvittää siihen liittyviä haasteita.

Kehittäminen ja tutkimuksellisen tiedonkeruu tapahtui kolmessa fokusryhmähaastattelussa. Kehittämishankkeessa edettiin tasomallin mukaisesti. Ensimmäiseksi haastateltiin Peruspalvelukeskus Aavan avosairaanhoidon pitkäaikaistiimin sairaanhoitajia. Toisessa fokusryhmähaastattelussa tiedonantajina toimivat Peruspalvelukeskus Aavan avosairaanhoidon osaston hoitajat. Viimeisenä haastateltiin samoja sairaanhoitajia, kuin vaiheessa yksi. Haastattelut toteutettiin yhdellä Peruspalvelukeskus Aavan terveystasemalla keuhällä 2015.

Fokusryhmähaastatteluilla kerättiin tiedonantajien kokemuksia hoitosuunnitelmaprosessista, siihen liittyvistä haasteista ja niistä keinoista, joilla haasteisiin voitaisi vastata. Fokusryhmähaastattelut analysoitiin sisällönanalyysin avulla valmiiden tutkimuskysymysten alle. Sairaanhoidajien ja osastonhoitajien kokemuksissa hoitosuunnitelmaprosessista ja sen haasteista ilmeni huomattavia poikkeamia ryhmien välillä. Ristiriitaa ilmeni mm. vastuukysymyksissä, moniammatillisuuden kokemisessa, hoitajan äänen esiin tuomisessa hoitosuunnitelmassa hoitosuunnitelman päivittämisessä. Sen sijaan keinot, joilla haasteisiin voidaan vastata olivat varsin yhteneväiset. Keinoiksi todettiin mm. koulutus, auditointi, vastaanottokäytien yhdistäminen sekä terveystenpalveluiden suurkuluttajien entistä tehokkaampi tunnistaminen.

Kehittämishankkeen vaikuttavuutta on mahdoton arvioida lyhyellä aikajänteellä. Kehittämishankkeen suoraa vaikuttavuutta mitattiin hoitosuunnitelmatilastoilla. Hoitosuunnitelmatilastot olivat parantuneet selvästi vain yhdellä terveystasemalla viidestä. Sillä terveystasemalla, missä kehittämishanke toteutettiin, ei muutosta edellisvuoteen saatu. Joillakin terveystasemista hoitosuunnitelmien määrä oli kääntynyt selvään laskuun. On siis selvää, että kehittämistyötä on tehtävä jatkossakin. Kehittämishankkeen tuloksia on tarkoitus hyödyntää vastaanotto toiminnan johtamisessa ja hoitosuunnitelmaprosessin kehittämisessä.

Asiasanat: Terveysten- ja hoitosuunnitelma, terveystenhyötymalli, omahoidon tukeminen.

Inka-Maria Pahajoki

The development of the health and care process for long term patients in Basic service centre Aava's non-institutional healthcare receptions

Year	2015	Pages	88p.+ 7 appendices
------	------	-------	--------------------

A health and care plan is a comprehensive plan for care based on the individual needs of a patient that is created to follow a care process. In a customer-oriented health and care plan the care needs and goals for the patient are defined in co-operation with the patient. Finnish law makes it obligatory to create a health and care plan for long term patients. The new healthcare law and the ordinance on patient's rights defines this to be the responsibility of the health care centre.

According to research, nursing staff and doctors know the benefits of a health and care plan, but in practice health and care plans are rarely made in non-institutional health care. The problem is that non-institutional healthcare is used to treating patients according to acute model of care.

The purpose of this development project was to affect change in the habits of Basic services centre Aava nursing staff and to increase the number of health and care plans made in Basic services centre Aava. The objective of the development project was to produce information using qualitative means about the kind of experiences the nursing staff and the head nurses have on following the health and care plan process in treating long term patients of the reception and to find out challenges related to the process.

The development and gathering of research material was done in three focus group interviews. The development process proceeded following a level model. First to be interviewed were the nurses in the non-institutional healthcare long term patient team of Basic services centre Aava. In the second interview the informants were the head nurses of Basic service centre Aava's non-institutional healthcare. In the last interview the same nurses as in phase one were interviewed again. The interviews were implemented in a single Basic service centre Aava.

In the focus group interviews, information was gathered about the informants' experiences of the health and care plan process, the challenges faced when implementing the process and the ways in which these challenges could be overcome. The interviews were analysed using content analysis methods and grouped under existing research questions. The nurses' and head nurses' experiences with the health and care plan process and its challenges varied markedly between the groups. Disagreement arose, for example, on the questions of responsibility, the experience of multi professionalism, how to give voice to the nurses in the health and care plan and in updating the health and care plan. In contrast, the means to confront these challenges were thought to be quite similar. Among other things, these included education, auditing, combining reception visits and better recognition of the largest consumers of healthcare services.

It is impossible to estimate the short term effectiveness of the development project. The direct effectiveness of the project was measured using health and care plan statistics. The number of health and care plans increased significantly only in one health care centre out of five. It is therefore clear that the development work has to be continued. The results of this development project are meant to be used in the management of reception work as well as the development of the health and care process.

Keywords: Health and care plan, health benefit model, supporting self care

Sisällys

1	Johdanto.....	8
2	Kehittämishankkeen lähtökohdat	10
2.1	Kohdeorganisaatio	10
2.2	Hoitosuunnitelma Peruspalvelukeskus Aavassa	10
3	Kehittämishankkeen tietoperusta	12
3.1	Terveystyömalli	12
3.1.1	Palveluvalikoima	14
3.1.2	Päätöksentuki	15
3.1.3	Omahoidon tuki.....	15
3.2	Asiakaslähtöinen terveys- ja hoitosuunnitelma.....	16
3.2.1	Hoitosuunnitelmaa ohjaava lainsäädäntö	17
3.2.2	Terveys- ja hoitosuunnitelman edut ja ongelmakohdat	18
4	Kehittämishankkeen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	20
5	Metodologiset kysymykset	21
5.1	Tutkivan kehittämisen tieteenfilosofia	21
5.2	Kehittämishankkeen tieteenfilosofiset valinnat.....	23
5.3	BIKVA-malliin perustuva kehittämisprosessi	23
6	Kehittämisprosessi	26
7	Aineisto ja menetelmät	28
7.1	Fokusryhmähaastattelu	28
7.2	Aineiston analyysi.....	29
7.2.1	Sisällönanalyysi	30
7.2.2	Sisällönanalyysin eteneminen	30
8	Miten sairaanhoitajat ja osastonhoitajat kokevat hoitosuunnitelmaprosessin?	33
8.1	Esiaineisto.....	33
8.1.1	Hoitosuunnitelmaprosessin vahvuudet	34
8.1.2	Hoitosuunnitelmaprosessin heikkoudet.....	35
8.1.3	Hoitosuunnitelmaprosessin uhat	36
8.1.4	Hoitosuunnitelmaprosessin mahdollisuudet	36
8.2	Sairaanhoitajien 1. fokusryhmähaastattelu	37
8.2.1	Kokonaisvaltainen työtapa.....	37
8.2.2	Omahoitolomake toimiva työväline	37
8.2.3	Asiakaspalaute ristiriitaista.....	38
8.2.4	Moniammatillisuus hoitosuunnitelmissa?	38
8.2.5	Asiakkaan ja hoitajan ääni halutaan kuuluviin hoitosuunnitelmissa	39
8.3	Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelu.....	39
8.3.1	Monipuolinen moniammatillisuus	39

8.3.2	Hoitosuunnitelma on asiakaslähtöinen	41
8.3.3	Hyvä hoitosuunnitelma apuna hoidontarpeenarvioinnissa	42
8.4	Sairaanhoitajien 2. fokusryhmähaastattelu	42
8.4.1	Hoitosuunnitelman sisällössä saa olla vaihtelua	43
8.4.2	Kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma.....	43
8.4.3	Tavoitetasot tulee kirjata hoitosuunnitelmaan	45
8.4.4	Hoitosuunnitelma ei poikkea vastuultaan muusta vastaanottotyöstä...	45
8.4.5	Suoritetaivoitteet auttoivat alkuun pääsemisessä	45
8.5	Yhteenveto tuloksista	46
9	Millaisia haasteita hoitosuunnitelmaprosessin liittyy?	48
9.1	Sairaanhoitajien 1. Fokusryhmähaastattelu.....	48
9.1.1	Riittämätön aikaresurssi	48
9.1.2	Monisairaat asiakkaat.....	48
9.1.3	Hoitosuunnitelmien hyödyttömyys akuuttivastaanotolla.....	49
9.1.4	Vaarana kapea-alaisuus ja tiedon vanheneminen	49
9.2	Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelu.....	50
9.2.1	Suoritetaivoitteet vähentäneet innostusta	50
9.2.2	Vaatii työpanosta.....	50
9.2.3	Annettuja ohjeita ei noudateta.....	51
9.2.4	Hoitosuunnitelman idean sisäistäminen jäänyt ohueksi	51
9.2.5	Resurssien hallinta	52
9.3	Sairaanhoitajien 2. Fokusryhmähaastattelu.....	53
9.3.1	Hoitosuunnitelman päivittäminen	53
9.3.2	Keskustelu hoitosuunnitelmien hyödyistä jäänyt kesken.....	55
9.3.3	Resurssien hallinta	55
9.4	Yhteenveto tuloksista	56
10	Miten haasteisiin voidaan vastata?	58
10.1	Sairaanhoitajien 1. Fokusryhmähaastattelu	58
10.1.1	Koulutus ja yhteiset pelisäännöt	58
10.1.2	Hoitosuunnitelma- ja vuosikontrollikäyntien yhdistäminen	58
10.1.3	Pitkäjänteinen johtaminen.....	59
10.2	Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelu	60
10.2.1	Koulutus	60
10.2.2	Auditointi	60
10.2.3	Kontrolli- ja hoitosuunnitelmakäynnin yhdistäminen	61
10.2.4	Johtaminen	61
10.3	Sairaanhoitajien 2. fokusryhmähaastattelu	61
10.3.1	Auditointi.....	62
10.3.2	Moniammatillinen yhteistyö	62

10.3.3	Terveyspalveluiden suurkuluttajien tunnistaminen	63
10.4	Yhteenveto tuloksista	64
11	Johtopäätökset.....	66
11.1	Jatkokehittämisessä huomionarvoisia teemoja	69
12	Kehittämishankkeen arviointi	72
12.1	Kehittämishankkeen vaikuttavuus lyhyellä aikavälillä.....	72
12.2	Eettiset kysymykset.....	74
12.3	Luotettavuuden arviointi	76
13	Pohdinta ja jatkotukimusaiheet.....	79
	Kuviot	86
	Taulukot	87
	Liitteet.....	88

1 Johdanto

Terveys ja hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan asiakkaan yksilöllisten hoidon tarpeiden pohjalta laadittua tavoitteellista kokonaishoidonsuunnitelmaa, joka tehdään hoitoprosessin tai -ketjun noudattamista varten (Kauppi, Kähtävä & Lipasti 2010, 183). Terveiden ja hyvinvointilaitoksen (THL) kansallisen työryhmän määrittelemässä terveys- ja hoitosuunnitelmassa on tavoitteena kuvata samassa asiakirjassa kaikkia asiakkaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat. Yksi kattava hoitosuunnitelma mahdollistaa asiakkaan hoidon järjestämisen ja arvioinnin kokonaisuutena. THL:n ohjeistuksen mukaan terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteen ja sisällön tulee olla määritelty yhdenmukaiseksi, jolloin se on hyödynnettävissä eri potilastietojärjestelmissä. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 12.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos määrittelee terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteiksi asiakaskeskeisyyden, voimaannuttamisen, hoidon jatkuvuuden ja tietojärjestelmien hyödyntämisen potilashoidossa. Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan kaikkien terveysongelmien ja niihin liittyvien palvelunantajien suunnittelemien tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seurantatoimien kuvaamista yhteen suunnitelmaan. Voimaannuttamisella kuvataan potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön yhdessä laatimaa terveys- ja hoitosuunnitelmaa työvälineenä, jonka avulla potilaan kokemat hoidon tarpeet ja tavoitteet asetetaan ensisijaisiksi. Hoidon jatkuvuus toteutuu parhaiten silloin, kun kaikki asiakkaan olennaiset terveysongelmat on kuvattu samaan suunnitelmaan ja silloin, kun kaikki hoitoon osallistuvat palvelunantajat käyttävät ja täydentävät samaa suunnitelmaa. (Komulainen ym. 2011, 12-13.)

Suomen lainsäädäntö velvoittaa tekemään pitkäaikaissairaalle asiakkaalle hoitosuunnitelman. Uusi terveydenhuoltolaki ja asetus potilaan oikeuksista määrittelee velvollisuuden terveyskeskuksille. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Lisäksi Valviran valtakunnallisen valvonnan eräs painopiste on hoitosuunnitelmat (Valvira 2013, 2).

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta ja lääkärit tietävät hoitosuunnitelman hyödyt, mutta käytännössä hoitosuunnitelmia ei avosairaanhoidossa ole juurikaan tehty. Ongelmana on se, että avoterveydenhuollossa asiakkaita on totuttu hoitamaan akuutti-mallien mukaan (Saarela, Lehtovuori & Heinänen 2010, 27). Päijät-Potku -hankkeen ensimmäisen vaiheen loppuraportista ilmenee, että hoitohoitosuunnitelmia kyllä tehtiin, mutta niistä puuttui suunnitelmalaisuus eikä asiakas ollut hoitosuunnitelman laatimisessa mukana (Linsamo 2012, 11, Kuronen 2013, 35).

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli saada muutos Peruspalvelukeskus Aavan hoitohenkilökunnan toimintaan ja saada hoitosuunnitelmien määrä kääntymään nousuun Peruspal-

velukeskus Aavassa. Kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa laadullisin menetelmin tietoa siitä, millaisia kokemuksia Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottotyön sairaanhoitajilla ja osastonhoitajilla on vastaanottojen pitkäaikaissairaiden asiakkaiden hoitosuunnitelmaprosessista ja selvittää siihen liittyviä haasteita. Tutkimustuloksia on tarkoitus hyödyntää vastaanototoiminnan johtamisessa ja hoitosuunnitelmaprosessin kehittämisessä.

2 Kehittämishankkeen lähtökohdat

Peruspalvelukeskus Aavassa huomattiin vuonna 2013-2014, ettei vastaanotolla laadittujen hoitosuunnitelmien määrä ole noussut toivotulla tavalla. Maaliskuussa 2014 järjestettiin kaikille peruspalvelukeskuksen sairaanhoitajille koulutus hoitosuunnitelmaprosessista. Tällä ei valitettavasti nähty olleen merkittävää vaikutusta uusien hoitosuunnitelmien tilastoinnissa, vaan hoitosuunnitelmaprosessia ei suurelta osin edelleenkään noudatettu. Peruspalvelukeskus Aavan johtava hoitaja Tuula Hakala esitti aiheita tutkittavaksi YAMK-opinnäytetyössäni. Opinnäytetyön ohjauksessa Joulukuussa 2014 määriteltiin opinnäytetyön aiheeksi Hoitosuunnitelmaprosessin kehittäminen. Tällä opinnäytetyöllä on sekä tutkiva että kehittävä tarkoitus.

2.1 Kohdeorganisaatio

Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio on vuonna 2007 perustettu Peruspalvelukeskus Aava, joka sittemmin vuonna 2013 muuttui Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (myöhemmin Phsotey) alaiseksi liikelaitokseksi. Peruspalvelukeskus Aava liikelaitos (myöhemmin Peruspalvelukeskus Aava) tuottaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon lähipalvelut seitsemän kunnan alueella: Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Pukkila ja Sysmä. Peruspalvelukeskus Aavan alueen väkiluku on noin 50 000 ja pinta-ala noin 3800m². (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä 2012.)

Peruspalvelukeskus Aava jakautuu hallinnollisesti neljään tulosalueeseen: hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, sosiaalipalveluihin, koti- ja asumispalveluihin sekä terveyden- ja sairaanhoidon vastaanottopalveluihin. Tämä kehittämissanke on tehty yhteistyössä terveyden- ja sairaanhoidon vastaanottopalveluiden tulosalueen kanssa. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä 2012.)

Peruspalvelukeskus Aavan strategian tavoitteina ovat hoidon ja palvelun oikea kohdentaminen, toimiva palveluverkko ja luovasti asiakkaan parhaaksi toimiva henkilöstö. Vahvuudekseen Aava määrittelee mm. palveluiden kehittämisen asiakas- ja tarvelähtöisesti. Asiakassegmentoinnissa painopisteenä pidetään runsaasti palveluita tarvitsevia asiakkaita. Eri asiakasryhmien tarpeisiin vastataan monipuolistamalla palvelumuotoja kehittämällä palveluohjausta. (Peruspalvelukeskus Aava 2015.)

2.2 Hoitosuunnitelma Peruspalvelukeskus Aavassa

Päijät-Hämeen alueella hoitosuunnitelmaprosessia on edistetty Päijät-Potku osahankkeessa. Päijät-Potku oli osa Väli-Suomen potkukanketta, joka oli osa Väli-Suomen Kaste-ohjelmaa

vuosille 2012-2014. Päijät-Potku osaprojektin tarkoitus oli Päijät-Hämeen alueella pitkäaikaisten sairauksien potilaskeskeinen ja terveysvaikuttava ehkäisy ja hoito sekä potilaiden hoidon painotuksen muuttaminen ennakoivaksi ja suunnitelmalliseksi. Päijät-Potku osaprojektiin osallistui neljä Päijät-Hämeen perusterveydenhuollon palvelujen tuottajaa: Lahden ja Heinolan kaupungit, Peruspalvelukeskus Oiva ja Peruspalvelukeskus Aava. Projektiin sitoutuivat kaikki perusterveydenhuollon palveluntuottajat, myös ulkoistetut terveysasemat. Kunkin palveluntuottajan yksiköstä osaprojektiin palkattiin 50% työajalla terveyshyötyohjaaja, millä varmistettiin projektin tavoitteiden saavuttaminen. (Linsamo 2012, 3,5.)

Päijät-Potku projektin aikana hoitosuunnitelmia tehtiin koko alueella 330 kpl paljon terveyspalveluita käyttäville pitkäaikaissairaille potilaille. Päijät-Potkun loppuraportista ilmenee, että potilaiden käyntimäärät ovat vähentyneet hoitosuunnitelmien laatimisen jälkeen. (Linsamo 2012, 11-13.) Kansallinen terveysarkisto (Kanta) laajentui potilastiedon arkistoksi vuonna 2014. Potilastiedon arkisto on mahdollistanut kansalaisten tarkastella omia potilastietojaan Omakanta-verkkopalvelussa. Lisäksi muilla terveydenhuollon palvelunantajilla on mahdollista potilastiedon arkiston kautta tarkastella potilaan aikaisempia potilasasiakirjoja. (Kansallinen terveysarkisto 2014.)

Potku-hankkeen puitteissa järjestettiin runsaasti pitkäaikaissairauksien hoitoon ja omahoitoon liittyviä koulutuksia avovastaanottojen sairaanhoitajille. Keväällä 2014 järjestettiin kehittämispäivä, jonka aiheena oli hoitosuunnitelmien teossa tukeminen ja hoitosuunnitelmien auditointi. Sittemmin osassa organisaatiota auditointia oli käyty läpi tiimikokouksissa ja harjoiteltu auditointityökalun hyödyntämistä. Potkun hanketyöntekijät ovat olleet tukena hoitosuunnitelmien teossa. Hoitosuunnitelman omahoitolomaketta on kehitetty Päijät-Hämeessä asiakkaiden kanssa. Uusi lomake on saanut hyvän vastaanoton niin asiakkailta kuin ammattilaisiltakin. Ammattilaisten mukaan uusi omahoitolomake auttoi jäsentämään vastaanottoa uudella tavalla ja asiakkaiden tarpeiden ja tavoitteiden tunnistaminen helpottui. Lisäksi ammattilaisten mukaan hoitosuunnitelma vastaanotto ei uuden omahoitolomakkeen myötä tuntunut yhtä raskaalta kuin aikaisemmin. (Linsamo 2014, 14, 32-33.)

Potku-hankkeen päättymisen jälkeen Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottopalveluissa havaittiin, että hoitosuunnitelmien määrä ei ole lähtenyt toivottuun nousuun. Sama ongelma oli tiedossa valtakuntatasolla jo vuonna 2010 (Saarelma ym. 2010, 27). Vuonna 2013 hoitosuunnitelmia tilastoitiin 183 kappaletta koko Peruspalvelukeskus Aavan alueella (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2013). Luku on hälyttävän alhainen, kun huomioidaan koko Peruspalvelukeskus Aavan väestöpohja, joka on 50 000 asukasta. Alueen pitkäaikaissairaiden määrästä ei ole olemassa tilastotietoa. Valtakunnallisesti hoitosuunnitelmia oli tehty vuoden 2014 loppuun mennessä 14 220, joista 1484 Päijät-Hämeen alueella (Oksman, Sisso & Kuronen a).

3 Kehittämishankkeen tietoperusta

Pitkäaikaissairaudet, etenkin 2. Tyypin diabetes, lisääntyvät maailmanlaajuisesti väestön ikääntyessä (Christensen, Doblhammer, Rau & Vaupel 2009, 1200; Saarelma, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen 2008, 4442). Eniten ne aiheuttavat sairastuneisuutta teollistuneissa maissa (Oprea, Braunack-Mayer, Rogers & Stocks, 2009, 55-56). Pitkäaikaissairaudella tarkoitetaan mitä tahansa sairautta tai tilaa, joka edellyttää jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa ja seurantaa, heikentää yksilön toimintakykyä ja kestää yli 12 kuukautta (Kanste, Timonen, Ylitalo & Kyngäs 2009, 66). Pitkäaikaissairaudet heikentävät yksilön elinajan odotetta ja elämänlaatua (Hankonen, 2011, 16). Erityisesti monisairaiden henkilöiden määrä on ollut nousussa (Kuronen 2013, 32). Pitkäaikaissairaudet on tunnistettu merkittäväksi riskitekijäksi terveyspalveluiden käytön kasvulle. Paljon palveluita käyttävä asiakas on usein iäkäs, monisairas ja heikossa sosiaalisessa asemassa oleva henkilö. Terveystieteiden tutkimuksissa on herätty pohtimaan keinoja, joilla voitaisi ehkäistä palveluiden suurkuluttajaksi ajautumista. (Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo-Katajisto 2013, 3163.)

Suomen sydäntutkimussäätiö julkaisi lokakuussa 2015 hälyttävän tutkimusuutisen, jonka mukaan vakavaa sydäninfarktia sairastavien lukumäärä kasvaa vuosittain 8% Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) alueella. Muiden sydänsairauksien lukumäärä lisääntyneisyys on samaa tasoa. Kasvuprosentin odotetaan tästä yhä nousevan väestön ikääntyessä. Syyksi nousulle on arvioitu olevan väestön ikääntymisen lisäksi riittämätön ennaltaehkäisy, jolla tässä yhteydessä tarkoitetaan elintapoja ja perussairauksien hoitoa. (Sydäntutkimussäätiö 2015.) Tähän olisi mahdollista vaikuttaa merkittävästi terveys- ja hoitosuunnitelmilla.

3.1 Terveysyhtymämalli

Yhdysvalloissa Edward H. Wagner työryhmineen on kehittänyt pitkäaikaissairauksien hoitomallin, Chronic Care Model (myöhemmin terveysyhtymämalli), jossa hoidon painopiste on siirtynyt terveydenhuollolta asiakkaalle. Terveysyhtymämallin kehittämiseen vaikutti merkittävästi se, ettei perusterveydenhuolto pystynyt enää vastaamaan pitkäaikaissairauksien lisääntymisen mukanaan tuomiin haasteisiin. Malli koostuu kuudesta elementistä, joita ovat yhteisö ja sen voimavarat, terveyspalveluntuottaja, omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki ja kliiniset tietojärjestelmät. (Wagner, Austin, Davis, Hindmarch, Shaefer & Bodomi 2001.) Kuviossa 1 on kuvattu, kuinka valmistautuneen ja proaktiivisen hoitotiimin ja asiakkaan tuloksellinen yhteistyö saa aikaan voimaantuneen asiakkaan (Innokylä 2015).

Terveysyhtymämallin tavoitteena on terveysyhtymän tuottaminen pitkäaikaissairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Terveysyhtymämalli on sovellettavissa paikallisiin olosuhteisiin sopivaksi.

Palveluntuotannon on pohjaututtava alueellisiin väestön tarpeisiin. (Wagner ym. 2001, Dancer & Courtney 2010) Se tarjoaa uudenlaisen ajattelumallin pitkäaikaissairaasiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta sairauskeskeisen, pirstaleisen hoidon sijaan. Terveysyhtymämallin avulla on pystytty kehittämään pitkäaikaishoidon laatua maailmanlaajuisesti (Coleman, Austin, Brach, & Wagner 2009, 75).



Kuvio 1: Terveysyhtymämalli (Innokylä 2015).

Terveysyhtymämalli on viitekehys ja kehittämisen ajattelumalli, joka tarjoaa puitteet hoidon hallitulle järjestämiselle ja vaikuttavuuden parantumiselle. Se tarjoaa laajemman näytteen perustuvan näkökulman perusterveydenhuollon toiminnan kehittämiseksi. Tämän mallin mukaisesti kehitetyssä organisaatiossa toiminta on asiakas- ja tiimikeskeistä, proaktiivista ja asiakasta voimaannuttavaa. Palveluvalikko tarjoaa asiakkaalle monipuolisia omahoidon tuki-

keinoja. Lisäksi hoidon toteuttajilla on käytössään ajantasaiset asiakastiedot, päätöksenteon tuki ja edellytykset korkealaatuisen hoidon toteuttamiseksi. (Oksman, Sisso & Kuronen b).

3.1.1 Palveluvalikoima

Pitkäaikaissairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä tarvitaan moniammatillisen työryhmän osaamista. Lisäksi palveluvalikoimaa on syytä kehittää nykyisestä. Keskeistä on tunnistaa asiakkaan tarpeet, tavoitteet ja keinot sekä määritellä hoitoon osallistuvien vastuut. Hoitokontaktit määritellään asiakkaan tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti. (Innokylä 2015.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt, että Suomeen on luotava -asiakasvastaavamalli, jota voidaan soveltaa eri asiakasryhmille eri konteksteissa. Kyseessä on perusterveydenhuollon avovastaanottojen toimintamalli, jossa monisairailta tai paljon terveyspalveluita tarvitsevilla asiakkailla on terveyskeskuksessa laajan toimintavaltuuden omaava vastuuhenkilö. Toiminta kattaa sekä terveys- että sosiaalipalveluiden koordinoinnin asiakaslähtöisesti asiakkaan tai yhteisön tarpeet huomioiden. Asiakasvastaavatoiminta on laaja-alainen hoitomalli, jossa asiakasta ei lähestytä sairaus kerrallaan, vaan kohtaamisessa pyritään huomioimaan ihminen kokonaisuutena huomioiden hänen tarpeensa ja ongelmansa. Asiakasvastaava malli on tarjonut uuden lähestymistavan organisaation sisäiseen työnjakoon ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoidon varmistamiseen. Asiakasvastaaville tarjotaan täydennyskoulutusta ammattikorkeakouluissa. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 11,13, Pernaa 2014.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut asiakasvastaavatoiminnalle tavoitteita palvelujärjestelmän, asiakkaiden ja henkilöstön näkökulmista. Palvelujärjestelmän tavoite on tuottaa terveyshyötyä väestölle, parantaa monisairaiden ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoidon hallintaa perusterveydenhuollossa, mikä mahdollistaa päivystyskäyntien vähentymisen, sairaalajaksojen vähenemisen tai lyhenemisen ja erikoissairaanhoidon käytön vähenemisen. Tavoitteena on lisäksi parantaa hoidon laatua ja jatkuvuutta. Asiakkaan näkökulmasta tavoitteena on lisätä asiakaskeskeisyyttä sekä tunnistaa monisairaant asiakkaat ja paljon terveyspalveluita tarvitsevat henkilöt. Tavoitteena on vaikuttaa asiakkaan elintapavalintoihin, ylläpitää sairauksien hyvää hoitotasapainoa ja vahvistaa asiakkaan omahoitoa, voimavaroja ja elämän hallintaa. Tavoitteena on myös lisätä elinajan ennustetta ja asiakkaan elämänlaatua. Henkilöstön näkökulmasta tavoitteena on lisätä perusterveydenhuollon vetovoimaa työpaikkana, vahvistaa moniammatillista yhteistyötä, systematisoida vastaanottotoimintaa ja hyödyntää jo olemassa olevia sähköisiä työvälineitä. Lisäksi tavoitteena on vähentää työn reaktiivisuutta ja lisätä työn hallinnan tunnetta. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 12, Pernaa 2014)

Peruspalvelukeskus Aavassa asiakasvastaavia ei ole, mutta hoito koordinoituu nimetyn oma-hoitajan ja hoitotiimin kautta. Avainasiakkaita ovat paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät asiakkaat. Tutkimusosiossa ja johtopäätöksissä kutsun heitä terveyspalveluiden suurkuttajiksi.

3.1.2 Päätöksentuki

Hoitopäätösten perusta on paras saatavilla oleva tieteellinen näyttö, joita ovat mm. näyttöön perustuvat hoitosuositukset. Parhaimmillaan tieteellinen tieto tulee osaksi käytännön hoitotyötä kehittyneen teknologian ansioista. Potilastietojärjestelmiin on integroitu sähköinen päätöksenteon tuki, joka mahdollistaa automaattiset muistutukset tai varoitukset. (Innokylä 2015.) Automaattista päätöksen teon tukea ei tällä hetkellä ole käytössä Peruspalvelukeskus Aavassa.

Suomessa tieteelliseen näyttöön perustuvat hoitosuositukset annetaan Käypä hoito -suosituksina. Ne ovat julkisesti rahoitettuja ja riippumattomia suosituksia, joita käytetään valtakunnallisesti. Suositukset laatii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhteistyössä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Tieteellinen näyttö on hoitohenkilöstön lisäksi myös asiakkaiden saatavilla. Potilasversioissa keskeinen tieto on esitetty yleiskielellä asiakkaan näkökulmasta. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015.)

3.1.3 Omahoidon tuki

Omahoidolla tarkoitetaan asiakkaan itsensä toteuttamaa, näyttöön perustuvaa hoitoa, joka on suunniteltu yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Asiakas toimii ongelman ratkaisijana ja päätöksentekijänä. Omahoidon tuki on asiakaslähtöistä toimintaa, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö ottaa selvää asiakkaan toiveista ja arkielämästä keskustellen, asiakasta kuunnellen ja yhdessä neuvottelemalla. Ammattihenkilö toimii asiakkaan valmentajana hyödyntäen omaa ammattiosaamistaan räätälöimällä elintapamuutoksia ja lääkehoitoa asiakaskohtaisesti. Ammattihenkilö tukee asiakkaan omia hoitopäätöksiä, vaikka ne eivät aina olisikaan asiantuntijanäkökulmasta parhaat mahdolliset. Asiakas määrittelee itse hoitonsa tavoitteet ja kantaa niistä vastuuta terveydenhuollon ammattihenkilön tukemana. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5-6, Innokylä 2015)

Omahoidon tukemisessa pyritään valmentamaan asiakas saavuttamaan mahdollisimman hyvää elämänlaatu pitkäaikaissairauksista huolimatta. Se vaatii myös ammattihenkilöltä ajattelutavan muuttamista. Perinteisessä ohjausmallissa asiakkaalle tarjottiin teknisiä tietoja ja taito-

ja. Omahoidon tukemisessa painottuvat ongelmanratkaisutaidot, joiden on todettu olevan perinteisiä menetelmiä tehokkaampia niin kliinisten tulosten saavuttamisessa kuin kustannus-
etujensa puolesta. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2355.)

Tissarin ja Toiviaisen (2012, 25) mukaan omahoidon tuki on tarjonnut lupaavia näkymiä asiakaslähtöisyyteen. Omaha-omahoitomalli on kehittänyt terveydenhuollon toimintajärjestelmää. Se on yhdistänyt ja orientoinut asiakkaan ja terveydenhuollon henkilöstön välistä toimintaa. Lisäksi sen on todettu uudelleenvälittävän asiakkaan ja hoitavan henkilökunnan toimintaa ja vastuunjakoa pitkäaikaissairauksien hoidossa. Tissarin ja Toiviaisen tutkimuksessa (2012, 15) ilmeni, että uusien toimintatapojen hyödyntäminen on mahdollistanut sellaisten aiheiden, tavoitteiden ja kohteiden käsittelyn, joka pirstaloituneessa mallissa ei ole ollut mahdollista. Toisaalta he toteavat myös, että realististen ja aidosti motivoivien omahoidon tavoitteiden asettaminen sisältää usein jännitteitä. Hoitotavoitteiden asettamisessa jännite voi syntyä siitä, jos asiakkaan ja asiantuntijan näkemykset eroavat merkittävästi toisistaan. Tällaisissa tilanteissa asiakaslähtöisen hoidon vahvuus ilmenee, kun neuvottelussa huomioidaan sekä asiakkaan kokemus omasta voimavaroistaan että ammattilaisen asiantuntemus. Tutkijat toteavat, että omahoitomalli ja sen välineet muuntuvat jatkuvasti käytössä. (Tissari & Toiviainen 2009, 25-26.)

Asiakkaan omahoidon tukemisessa keskeisiä käsitteitä ovat voimaantuminen sekä asiakkaan autonomian, motivaation ja pystyvyydentunteen tukeminen (Routasalo ym. 2009, 2335). Keskeinen työväline omahoidon tukemisessa on asiakaslähtöinen terveys- ja hoitosuunnitelma (Innokylä 2015).

3.2 Asiakaslähtöinen terveys- ja hoitosuunnitelma

Terveys- ja hoitosuunnitelma ohjaa asiakkaan hoitoa periaatteessa koko hänen loppuelämänsä ajan (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 36). Terveys- ja hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan asiakkaan yksilöllisten hoidon tarpeiden pohjalta laadittua tavoitteellista kokonaisuhoitosuunnitelmaa, joka tehdään hoitoprosessin tai -ketjun noudattamista varten (Kauppi ym. 2010, 183). Terveiden ja hyvinvointilaitoksen (THL) kansallisen työryhmän määrittelemässä terveys- ja hoitosuunnitelmassa on tavoitteena kuvata samassa asiakirjassa kaikkia asiakkaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat. Yksi kattava hoitosuunnitelma mahdollistaa potilaan hoidon järjestämisen ja arvioinnin kokonaisuutena. THL:n ohjeistuksen mukaan terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteen ja sisällön tulee olla määritelty yhdenmukaiseksi, jolloin se on hyödynnettävissä eri potilastietojärjestelmissä. (Komulainen ym. 2011, 12.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL) määrittelee terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteiksi asiakaskeskeisyyden, asiakkaan voimaantumisen, hoidon jatkuvuuden ja tietojärjestelmien hyödyntämisen potilashoidossa. Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan kaikkien terve-

ysongelmien ja niihin liittyvien palvelunantajien suunnittelemien tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seurantatoimien kuvaamista yhteen suunnitelmaan. Voimaannuttamisella kuvataan potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön yhdessä laatimaa terveys- ja hoitosuunnitelmaa työvälineenä, jonka avulla potilaan kokemat hoidon tarpeet ja tavoitteet asetetaan ensisijaisiksi. Hoidon jatkuvuus toteutuu parhaiten silloin, kun kaikki asiakkaan olennaiset terveysongelmat on kuvattu samaan suunnitelmaan ja silloin, kun kaikki hoitoon osallistuvat palvelunantajat käyttävät ja täydentävät samaa suunnitelmaa. (Komulainen ym. 2011, 12-13.)

THL on antanut vuonna 2014 suosituksen hoitosuunnitelman rakenteisesta kirjaamisesta sähköiseen potilaskertomukseen. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa kuvataan kaikki asiakkaan terveysongelmat. Terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteinen kirjaaminen koostuu seitsemästä pääkomponentista, joita ovat asiakkaan perustiedot, hoidon tarve, hoidon tavoite, suunnitellun hoidon toteutus ja keinot, suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi, tiedot suunnitteluun osallistuneesta terveydenhuollon ammattihenkilöstä ja terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot. (Lehtovira & Vuokko 2014, 75.)

Terveys- ja hoitosuunnitelman perustiedot kattavat asiakkaan tunnistetiedot ja terveys- ja hoitosuunnitelman laadinta- tai päivitysajankohdan. Nämä tulevat usein automaattisesti sähköiseen potilaskertomukseen. Hoidon tarve koostuu yhdestä tai useammasta yhdessä asiakkaan kanssa tunnistetusta hoidon tarpeesta. Tavoitteeksi asetetaan se tavoite, johon asiakkaan kanssa yhdessä sovitulla hoidolla tähdätään. Sekä tarpeet että tavoitteet kirjataan vapaana tekstinä. Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot kattaa organisaatioon ja palveluun liittyvät kirjaukset. Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi kirjataan vapaana tekstinä. THL:n suosituksen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tunnisteisiin tulisi kirjata hänen kokonimensä, henkilötunnuksensa ja ammattinimikkeellä. Lisätietoihin kirjataan asiakkaan lääkitys ja diagnoosit. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 75-76.)

Osa asiakkaista tarvitsee hoitosuunnitelmaa toteuttaakseen pitkäaikaissairauksiensa hoitoa oman terveystakesuksen lisäksi toisella paikkakunnalla viettäessään pidempiä aikoja esimerkiksi vapaa-ajan asunnolla. Potilaan oma terveystakeskus toimittaa hoitosuunnitelman toisen paikkakunnan terveystakeskukseen kopion hoitosuunnitelmasta, jonka mukaan asiakkaan hoito toisella paikkakunnalla toteutetaan. (Vuokko ym. 2011, 42.) Hoitosuunnitelma toimii samalla maksusitoumuksena (Innokylä 2015).

3.2.1 Hoitosuunnitelmaa ohjaava lainsäädäntö

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 4a§) käsittelee potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaalla on oikeus määrätä itseään koskevasta tiedosta ja hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista ohjaa laatimaan

potilaalle hoitosuunnitelman, josta ilmenee potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Laki ohjaa laatimaan hoitosuunnitelman yhteisymmärryksessä yhdessä potilaan, hänen omaisensa tai laillisen edustajan kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009, 7§) edellytetään potilasasiakirjoihin kirjattavan potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, tuottamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot.

Terveystieteiden tutkimuslaitoksen sääntömuutokset (30.12.2010/1326, 47§) täsmentävät pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelmien käyttöä vastaanotoilla. Vuonna 2011 Terveystieteiden tutkimuslaki antoi potilaalle mahdollisuuden valita palvelut oman yhteistoiminta-alueen terveysasemista. Vuoden 2014 alusta lähtien mahdollisuus valintaan laajeni kattamaan koko Suomen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköt. Lisäksi laki oikeuttaa väliaikaisen asumisen aikana potilaan saamaan hoitosuunnitelman mukaisen hoidon koko maassa, jolloin potilaan oma terveysasema laatii hoitosuunnitelman, jota toteutetaan toisessa kunnassa. Lisäksi Valviran valtakunnallisen valvonnan eräs painopiste on hoitosuunnitelmat (Valvira 2013, 2).

3.2.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman edut ja ongelmakohdat

Terveys- ja hoitosuunnitelma tarjoaa kokonaisvaltaisen toimintamallin sekä organisaation että asiakkaan näkökulmasta. Toimintatapana se mahdollistaa asiakkaan kohtaamisen kokonaisuutena, aikaisemman sairauskeskeisen ajattelun sijaan. Terveys- ja hoitosuunnitelma auttaa pitkäaikaissairasta asiakasta hahmottamaan omat tavoitteensa ja sitoutumaan niihin. Terveys- ja hoitosuunnitelman ansiosta asiakkaat luottavat hoidon jatkuvuuteen (Järvi 2013, 3056.)

Väli-Suomen Potku-hankkeen loppuraportista ilmenee, että terveys- ja hoitosuunnitelma auttaa myös parantamaan perusterveydenhuollon kustannustehokkuutta. Aikaisemmin avoterveydenhuollossa on toimittu lähinnä Akuutti-mallien mukaisesti (Saarelma ym. 2010, 27). Vuosi hoitosuunnitelman käyttöönoton jälkeen Peruspalvelukeskus Aavan alueella hoitajakäynnit olivat hieman vähentyneet, puhelinaikojen lisääntyessä reilulla neljänneksellä. Niinikään suunnitellut lääkärin vastaanottoajat olivat vähentyneet ja päivystyskäynnit lähes puolittuneet. Lisäksi Potku-hanke keräsi vuosina 2012 ja 2013 asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyen. Päijät-Hämeen alueella asiakastytyväisyys oli noussut alle kolmen arvosanasta lähes neljään. (Linsamo 2014, 11-12.)

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta ja lääkärit tietävät terveys- ja hoitosuunnitelman hyödyt, mutta käytännössä hoitosuunnitelmia ei avoterveydenhuollossa ole tehty. Ongelmana on se, että avoterveydenhuollossa asiakkaita on totuttu hoitamaan akuutti-mallien mukaan (Saarelma ym. 2010, 27). Päijät-Potku -hankkeen loppuraportista ilmenee, että hoitosuunni-

telmia on tehty, mutta niistä puuttui suunnitelmallisuus eikä asiakas ollut hoitosuunnitelman laatimisessa mukana (Linsamo 2012, 11, Kuronen 2013, 35).

4 Kehittämishankkeen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli saada muutos hoitohenkilökunnan toimintaan ja saada hoitosuunnitelmien määrä kääntymään nousuun Peruspalvelukeskus Aavassa. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää Peruspalvelukeskus Aavan hoitosuunnitelmaprosessia yhdessä henkilöstön kanssa. Kehittämishankkeen tavoitteena oli siis tuottaa laadullisin menetelmin tietoa siitä, millaisia kokemuksia Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottotyön sairaanhoitajilla ja osastonhoitajilla on vastaanottojen pitkäaikaissairaiden asiakkaiden hoitosuunnitelmaprosessista ja selvittää siihen liittyviä haasteita. Tutkimustuloksia on tarkoitus hyödyntää vastaanottotoiminnan johtamisessa ja hoitosuunnitelmaprosessin kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten sairaanhoitajat/esimiehet kokevat hoitosuunnitelmaprosessin?
2. Millaisia haasteita hoitosuunnitelmaprosessiin liittyy?
3. Miten hoitosuunnitelmaprosessiin liittyviin haasteisiin voidaan vastata?

5 Metodologiset kysymykset

Kehittäminen on usein konkreettista toimintaa, jolla pyritään saavuttamaan jokin määritelty tavoite. Kehittäminen tähtää muutokseen, jonka avulla kehittämisen kohteen toimintatavat - rakenteet saadaan paremmiksi tai tehokkaammiksi. Kehittäminen voi kohdistua työntekijöihin ja heidän ammattiosaamiseensa tai rakenteisiin ja prosesseihin. Sillä voidaan tarkoittaa myös tuotekehittelyä. (Toikko & Rantanen 2009, 14,16.)

Kehittämistoiminnan tavoitteena on luoda uusia ja entistä parempia palveluita, tuotantovälineitä tai -menetelmiä hyödyntämällä tutkimustietoa. Kehittäminen on mahdollista myös ilman tutkimusta, mutta tutkimus ja kehittäminen toimivat parhaimmillaan yhdessä, koska tutkimus voi tarjota perusteita kehittämiselle, jolloin onnistumismahdollisuudet usein paranevat. Kehittäminen voidaan nähdä järjestelmän hallintana, byrokratiana, oppimisena, teknisenä hankkeena tai kulttuurina. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21-22.)

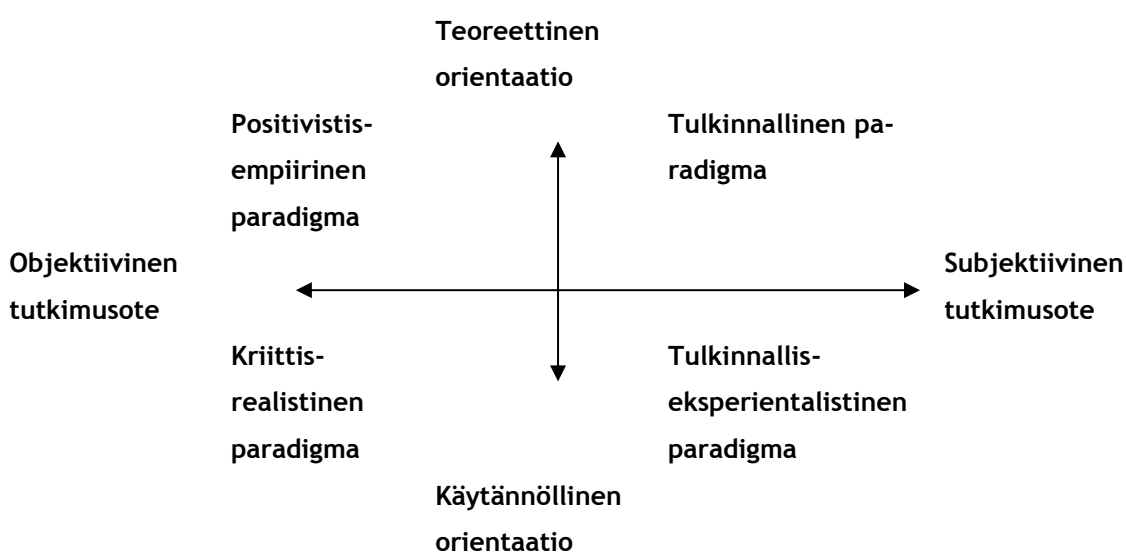
Tilastokeskus määrittelee tutkimus- ja kehittämistoiminnan tarkoittamaan sellaista systemaattista toimintaa, joka lisää tietoa ja tiedon käyttämistä uusien sovellusten löytämiseksi. Kehittämistoiminnan tavoitteena on saavuttaa jotain oleellisesti uutta. Tutkimus- ja kehittämistoimintaan katsotaan kuuluvaksi perustutkimus, soveltava tutkimus ja kehittämistyö. Terveystieteiden kehittämisessä kehittämistoiminnan yhteydessä tutkimuksesta ja kehittämisestä puhutaan usein erikseen. (Tilastokeskus.)

Toikon ja Rantasen (2009, 19) mukaan kehittämisessä voidaan soveltaa käytäntöön tutkimuksessa saatavaa tietoa. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta yhdistää molemmat lähestymistavat, jolloin käytännön ongelmat ohjaavat tiedon tuotantoa. Tieto tuotetaan käytännön toimintaympäristössä tutkimuksellisia menetelmiä apuna käyttäen. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta tähtää konkreettiseen muutokseen ja perusteltuun tiedon tuottamiseen. (Toikko & Rantanen 19, 21-22.)

5.1 Tutkivan kehittämisen tieteenfilosofia

Tutkiva kehittäminen voi olla luonteeltaan joko teoreettista tai käytännöllistä. Se voi olla otteeltaan subjektiivista tai objektiivista. Tutkiva kehittäminen on monimenetelmällistä, jolloin samaan hankkeeseen voidaan soveltaa useita erilaisia tutkimuksellisia lähestymistapoja. Tiedon tuottamisessa voidaan käyttää vaihtelevasti määrällisiä, laadullisia ja osallistavia menetelmiä sen mukaan, millaista tietoa päämäärän saavuttamiseksi tarvitaan. Lähestymistapojen tunnistamisen tarkoitus on lisätä kehittämistyön tuotoksen tai tulosten luotettavuutta. (Heikkilä ym. 2008, 34.)

Tutkimukselliset lähestymistavat vaikuttavat tiedon hankkimiseen. Tutkivaa kehittämistä ei voida kuitenkaan lokeroida yksittäisen tieteenalan paradigmaan. Oleellista on, että valitut menetelmät, aineiston kerääminen ja analyysi sekä tulosten esittäminen toteutetaan niin, että kehittämistyöllä saadaan ratkaistuksi kehittämishankkeen käynnistänyt käytännön ongelma. Oleellista on myös se, että kehittäjä kykenee perustelemaan valitsemansa lähestymistavan yhteyden tutkittavaan tai kehitettävään ilmiöön ja osoittamaan, että aiottu lähestymistapa kohdentaa tutkimuksen tarkasti juuri oletettuun tutkimus- tai kehittämiskohteeseen. Kehittämishankkeen käynnistänyt ongelma ja hankkeen päämäärä määrittävät, kuinka tieteenfilosofisesta lähtökohdasta nouseva tutkimus liittyy kehittämistoimintaan. (Heikkilä ym. 2008, 34-35, Räsänen 2012.)



Kuvio 2: Tutkimusparadigmojen nelikenttä (Anttila 2007,23).

Kuviosta kaksi (2) käy ilmi Anttilan (2007, 23) neljä tutkimuksellista ulottuvuutta. Tulkinnallinen paradigma on teoreettisesti orientoitunut ja tutkimusote on subjektiivinen. Niiden taustalla on hermeneuttinen ja fenomenologinen näkemys tieteestä. Tutkimustulokset saavutetaan tulkitsemalla käsityksiä, mielipiteitä, tekstejä tai sisältöjä. Paradigmassa hyödynnetään kvalitatiivista tutkimusotetta. Positivistis-empiirinen paradigma on teorianhakuinen. Sen tutkimusote on objektiivinen. Tutkimustulokset saavutetaan esimerkiksi mittaamalla, kyselyillä, observoimalla. Tutkimusotteeltaan se on kvantitatiivinen. (Anttila 2007, 23.)

Tulkinnallis-eksperientalistinen paradigma on käytäntöhakuinen. Tutkimusote on subjektiivinen. Tutkimustulokset saavutetaan havainnoimalla tekoja, kokemuksia, elämyksiä ja niitä reflektoiden. Paradigma hyödyntää kvalitatiivista tutkimusotetta. Kriittis-realistinen paradigma on käytäntöorientoitunut, mutta tutkimusotteeltaan objektiivinen. Tutkimustulokset saavutetaan arvioimalla tutkimuskohteesta eri keinoin hankittujen tietojen merkitystä ja vai-

kuttavuutta. Tämä paradigma hyödyntää sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä. (Anttila 2007, 23.)

5.2 Kehittämishankkeen tieteenfilosofiset valinnat

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan praktinen eli käytäntö-orientoitunut. Tutkimuksellisen kehittämisen lähtökohtana toimi käytännön työelämästä noussut ongelma eli se, että Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottotyön hoitosuunnitelmien tilastoidut määrät eivät olleet läheneet toivottuun nousuun. Opinnäytetyö on tutkimusotteeltaan subjektiivinen ja käytäntöhaikainen. Tällöin puhutaan Tulkinnallis-eksperientalistinen paradigmasta. Paradigma hakee vastauksia kysymyksiin ”mitä on ja miten pitäisi olla?”. Koska kyseessä on tutkiva kehittäminen, jonka tavoitteena on uuden tiedon tuottaminen ja kuvaileva tutkimus, valikoitui tutkimusotteeksi kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Metodina tässä opinnäytetyössä on käytetty fokusryhmähaastatteluja mukaillen BIKVA-mallin ideaa. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä. (Räsänen 2012.)

Tieteenfilosofisilla eri tasojen valinnoilla on pyritty loogiseen ketjuun opinnäytetyön toteutuksessa. Tutkivan kehittämisen käytännön toteutus ja menetelmät on kuvattu opinnäytetyön luvuissa 6 ja 7.

5.3 BIKVA-malliin perustuva kehittämisprosessi

Prosessimalli voi edetä horisontaalisesti eli vaakasuoraan tai vertikaalisesti niin sanottuna tasomallina. Tasomalleissa prosessin katsotaan etenevän tasolta toiselle, jolloin ilmiötä arvioidaan useasta eri näkökulmasta. Esimerkkinä tasomallista on BIKVA-malli. (Toikko & Rantanen 2009, 68.)

BIKVA-malli on kehitelty Tanskassa sosiaalipsykiatrian alalla 1996. Terminä BIKVA muodostuu tanskankielisestä ilmauksesta ”Brugerinddragelse i KVALitetsvurdering” eli ”asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajina.” BIKVA-mallin ajatuksena onkin, että asiakkaalla on oleellista tietoa, jota voidaan hyödyntää julkisen sektorin kehittämisessä ja kohdentamisessa. BIKVA-mallissa kehittäminen aloitetaan organisaation pohjalta, usein asiakkaista. Kehittämisessä edetään organisaation hierarkian mukaisesti alhaalta ylöspäin. BIKVA-mallin päätavoitteena on oppiminen ja kehittyminen. Oppimis- ja kehittymistavoite on erityisesti kenttätöntekijöillä, mutta myös johtajien ja joissain tilanteissa poliitikkojen voi olla tärkeää muuttaa omia ratkaisujaan. (Krogstrup 2004, 7, 10, 13, 15.)

BIKVA-mallin tavoitteena on selittää, miten eri sidosryhmät kokevat arkensa henkilökohtaisella tasolla. Kaikkien sidosryhmien näkökulmat ovat yhtä arvokkaita, jolloin esimerkiksi asiak-

kaiden tulkinnat ovat yhtä päteviä kuin johtajien näkemykset tarkasteltavasta ilmiöstä. Tavoitteena on myös kyseenalaistaa ja kehittää jo olemassa olevia käytäntöjä ja toimintatapoja. BIKVA-mallin avulla voidaan saavuttaa yhteisymmärrys sen välillä, kuinka asiakkaat kokevat ongelmansa ja miten työtä tehdään organisaation eri tasoilla. BIKVA-mallin toiminnan edellytys on, että organisaatio on avoin eri näkökannoille. (Krogstrup 2004, 10.)

BIKVA-malli perustuu laadulliseen tiedonhankintaan, joka yleensä tapahtuu 4-6 henkilön ryhmähaastattelujen avulla. Haastattelija toimii BIKVA-mallissa arvioijana, joka osallistuu muutosprosessiin aktiivisesti. Arvioija voi käyttää BIKVA-prosessin aikana saamiaan tietojaan sellaisinaan tuloksina tai laatii niiden perusteella suosituksia tai edistää tulosten avulla muutokseen johtavaa kehittämisprosessia. BIKVA perustuu kaksikehäisen oppimisen ajatukseen, jonka mukaan organisaatio pystyy BIKVAA soveltaessaan näkemään tilanteen samaan aikaan useasta näkökulmasta ja siten kyseenalaistamaan jo olemassa olevat toimintatavat. (Krogstrup 2004, 13,18.)

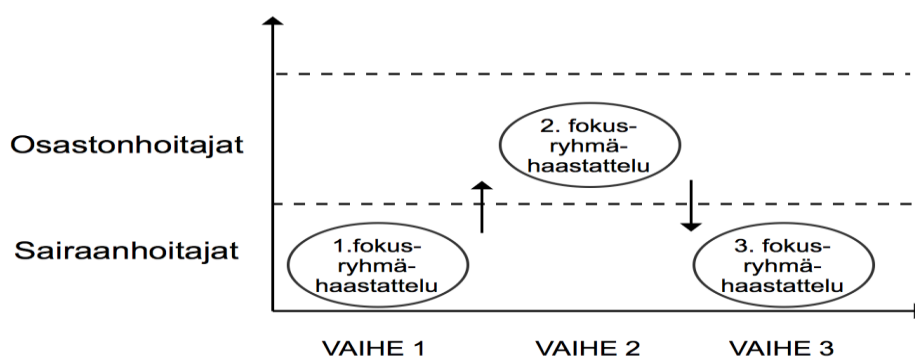
BIKVA-prosessissa on yleensä neljä vaihetta. Prosessi käynnistetään asiakkaiden ryhmähaastattelulla, jossa asiakkaita pyydetään kertomaan, mitkä asiat he kokevat myönteisinä ja mitkä kielteisinä heihin kohdistuvassa palvelussa. Ryhmähaastattelun tuloksena saadaan kokemusellista tietoa ja subjektiivisia laatuarviointeja. Seuraavassa vaiheessa asiakkaiden palaute esitellään kenttätyöntekijöille, joiden kanssa on tarkoitus pohtia mihin asiakkaiden arviot perustuvat. Ensisijaisesti kenttätyöntekijät pohtivat omaa toimintaansa. Kolmannessa vaiheessa asiakkailta ja kenttätyöntekijöiltä saatu palaute esitellään hallintojohdolle, tavoitteena pohtia syitä asiakkaiden ja kenttätyöntekijöiden palautteeseen. Neljännessä vaiheessa asiakkaiden, kenttätyöntekijöiden ja hallintojohdon ryhmähaastatteluista saatu palaute esitellään poliittisille päättäjille tarkoituksenaan saada heidän arvionsa aikaisempiin palautteisiin johtaneista syistä. (Krogstrup 2004, 15.)

BIKVA-menetelmässä tuloksia esitellään asianosaisille arviointiprosessin aikana. Haastattelujen perusteella laaditaan niin sanotut haastatteluohjeet, joihin arvioitsija kokoaa ryhmähaastattelun perusteella tärkeiksi nousseet aiheet ja palautteet. Haastatteluohjetta käytetään seuraavan tason ryhmähaastattelun runkona. Lisäksi tuloksista laaditaan yhteenvetomainen arviointiraportti, josta ilmenee muun muassa kehittämishankkeen taustatiedot, arvioinnin ongelmanasettelu ja käytetyt menetelmät, tietoperusta, haastattelujen tulokset ja niistä johdetut päätelmät. (Krogstrup 21, 25.)

Tässä kehittämishankkeessa olen edennyt vertikaalisesti tasomallin mukaisesti. Olen mukaillut BIKVA-mallin muutosprosessiin johtavaa ajattelua. BIKVA-mallista olen lainannut ideaa sen prosessuaalisesta ajattelusta ja kehittämisen etenemisestä tasolta toiselle. Tässä kehittämishankkeessa kehittäminen aloitettiin asiakkaiden sijaan Peruspalvelukeskus Aavan vastaanotto-

työn pitkäaikaissairaiden tiimin sairaanhoitajista, jotka edustavat hierarkiassa kenttätönteiki-
jöitä. Päädyin rajaamaan asiakasnäkökulma pois tästä kehittämishankkeesta, koska kehittä-
misen lähtökohtana oli selvittää, miksi hoitosuunnitelmien tilastoitu määrä ei ole lähtenyt odo-
tettuun nousuun. Ensimmäinen fokusryhmähaastattelu oli varsin väljä. Haastattelussa mukail-
tiin esiaineistosta nostettuja teemoja. Toinen fokusryhmähaastattelu toteutettiin Peruspalve-
lukeskus Aavan vastaanottojen osastonhoitajille. Ensimmäisen haastattelun tuloksista kokosin
haastatteluohjeen, jota olen tässä kehittämishankkeessa kutsunut herätteeksi. Herätteet ja-
oin kolmen tutkimuskysymyksen alle. Viimeisessä vaiheessa esittelin tulokset samoille sai-
raanhoitajille, jotka olivat toimineet tiedonantajina ensimmäisessä fokusryhmähaastattelus-
sa.

Opinnäytetyöraportti toimii kehittämishankkeen raporttina, jota myös BIKVA-mallissa suositel-
laan. Valmiin opinnäytetyön linkki toimitetaan sähköisesti kaikille kehittämiseen osallistuneil-
le. Lisäksi tulosten yhteenvedosta järjestetään tilaisuus, johon kutsutaan paikalle kaikki ke-
hittämiseen osallistuneet tahot. Aiheesta laadittava lehdistötiedote toimitetaan Päijät-
Hämeen Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstölehteen Sanatoriin, jolloin kehittämis-
hankkeesta kiinnostuneet tiedonantajien kollegat voivat halutessaan tutustua lisää hankkee-
seen.



Kuvio 3: Kehittämishanke tasoprosessina mukaillen Toikkaa ja Rantasta (2009, 68).

6 Kehittämisprosessi

Kehittämishanke on toteutettu yhteistyössä Peruspalvelukeskus Aavan kanssa. Kehittämishankkeen idea syntyi käytännön työelämän tarpeesta kehittää vastaanottotyön pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelmaprosessia. Aihe täsmentyi Peruspalvelukeskus Aavan johtavan hoitajan ja Laurea ammattikorkeakoulun, tämän opinnäytetyön ohjaajana toimivan yliopettajan kanssa käymieni keskustelujen myötä. Allekirjoittaneelle vastaanottotyön hoitosuunnitelmaprosessi oli entuudestaan tuttu työtehtäväni, Peruspalvelukeskus Aavan avosairaanhoidon vastaanottopalveluiden kautta. Tutkimusprosessi on kuvattu liitteessä 3.

Aiheen muotoutumisen jälkeen laadin tutkimussuunnitelman, jonka opinnäytetyön ohjaava yliopettaja hyväksyi Laurea ammattikorkeakoulussa tammikuussa 2015. Peruspalvelukeskus Aavasta myönnettiin kehittämishankkeelleni tutkimuslupa helmikuussa 2015. Tiedonantajille toimitettiin Peruspalvelukeskus Aavan johtavan hoitajan toimesta sähköisesti laatimani saatekirje (liite 1) ja suostumusasiakirja (liite 2) noin kaksi viikkoa ennen ensimmäisiä haastatteluja.

Ennen varsinaisia fokusryhmähaastatteluja keräsin kirjallisen esiaineiston kolmelta Peruspalvelukeskus Aavan terveysasemalta. Esiaineistoon vastanneet sairaanhoitajat eivät osallistuneet kehittämisprosessin myöhempisiin vaiheisiin. Esiaineisto koottiin SWOT-analyysillä (liite 4), johon pyysin sairaanhoitajia kirjaamaan hoitosuunnitelmaprosessin vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet. Esiaineisto toteutettiin 2-3 sairaanhoitajan ryhmätyönä. Sairaanhoitajat osallistuivat tiedontuottamiseen anonymisti. Esiaineistoa käytin ensimmäisen fokusryhmähaastattelun teemahaastattelurungon rakentamisessa, jotta hoitosuunnitelmaprosessi avautuisi mahdollisimman laaja-alaisesti haastattelutilanteessa. Analysoituja esiaineiston tuloksia en tuonut suoraan esille tutkimuksen ensimmäisessä fokusryhmähaastattelussa, jotta BIKVA-mallin mukainen haastateltavien sairaanhoitajien vapaa tiedontuottaminen onnistuisi mahdollisimman hyvin. Varsinaista analysoitua esiaineistoa sivusin vasta osastonhoitajien ryhmähaastattelussa.

Fokusryhmähaastattelut toteutettiin yhdellä Peruspalvelukeskus Aavan terveysasemalla 19.3.2015, 17.4.2015 ja 7.5.2015. Ennen haastattelun aloittamista kerroin tiedonantajille tutkimuksen taustan, tarkoituksen, tavoitteet ja aineiston käsittelyyn liittyvät seikat. Tässä yhteydessä osallistujat täyttivät kirjallisen suostumuksen haastatteluun, nauhoittamiseen ja materiaalin käyttämiseen tutkimuksessa. Osa tiedonantajista oli täyttänyt suostumusasiakirjan jo ennen haastatteluun saapumistaan.

Kehittämisprosessin lähtökohtana olivat pitkäaikaissairaiden hoitotyötä tekevien vastaanotto- palveluiden sairaanhoitajien kokemukset ja näkemykset hoitosuunnitelmaprosessista. Kehittäminen ja oppiminen aloitettiin fokusryhmähaastattelulla, jossa viisi Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottotoiminnan pitkäaikaistiimin sairaanhoitajaa kävi keskustelua hoitosuunnitelmaprosessiin liittyvistä asioista omasta näkökulmastaan. Teemahaastattelurungon (Liite 5) olin rakennettu toisen Peruspalvelukeskus Aavan terveysasemalta kerätyn esiaineiston perusteella. Tallensin fokusryhmähaastattelun äänitiedostona kahdella laitteella. Fokusryhmähaastattelun jälkeen litteroin aineiston ja analysoin sen sisällönanalyysillä. Ensimmäisen aineiston yläluokista kokosin tutkimuskysymyskohtaiset kuvat, jotka toimivat osastonhoitajien fokusryhmähaastattelun heräteinä (liite 6) ja teemahaastattelurunkona. Tutkimuskysymykset säilyivät samoina kaikissa kolmessa haastattelussa.

Seuraavassa kehittämisprosessin vaiheessa esittelin ensimmäisen fokusryhmähaastattelun tulokset Peruspalvelukeskus Aavan osastonhoitajille. Fokusryhmähaastatteluun osallistuivat neljä Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottopalveluiden osastonhoitajaa. Tallensin osastonhoitajien fokusryhmähaastattelun äänitiedostona kahdella laitteella. Haastattelun jälkeen litteroin jälleen aineiston ja analysoin sen sisällönanalyysin avulla. Osastonhoitajien haastattelun yläluokista rakensin jälleen uudet tutkimuskysymyskohtaiset herätteet (liite 7), jotka toimivat viimeisen fokusryhmähaastattelun teemahaastattelurunkona.

Viimeisessä sairaanhoitajien fokusryhmähaastattelussa oli koolla samat sairaanhoitajat, kuin ensimmäisessä haastattelussa. Esittelin sairaanhoitajille osastonhoitajien haastattelun tulokset, joiden pohjalta kävimme keskustelua. Tallensin, litteroin ja analysoin aineiston edellisten tutkimusprosessin vaiheiden mukaisesti.

Kehittämisprosessissa mukailin BIKVA-mallia, jonka avulla pyrittiin saavuttamaan yhteisymmärrys, miten sairaanhoitajat ja osastonhoitajat kokivat hoitosuunnitelmaprosessin ja millaisia haasteita hoitosuunnitelmaprosessi sisälsi. Mallin toiminta edellyttää, että organisaatio on avoin mielipiteille. BIKVA-mallin päätavoitteena on henkilöstön oppiminen ja kehittyminen. (Krogstrup 2004, 13.)

7 Aineisto ja menetelmät

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata valittua ilmiötä tai tapahtumaa. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että tietoa kerätään henkilöiltä, jotka tuntevat tutkitavan ilmiön mahdollisimman hyvin. Haastateltavien valinnassa tuleekin käyttää harkintaa. Haastateltaviksi valitaan ne henkilöt, joilla oletetaan olevan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86.) Tämän tutkimuksen tiedonantajina toimivat yhden Peruspalvelukeskus Aavan terveysaseman pitkäaikaistiimin sairaanhoitajat ja kaikki Peruspalvelukeskus Aavan avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan osastonhoitajat.

Haastattelu on eräs tyypillisimpiä aineistonkeruumuotoja. Perinteinen haastattelujen jaottelutapa on jakaa ne yksilö ja ryhmähaastatteluihin. Haastattelu voidaan suorittaa joko strukturoiduin kysymyksin tai avoimena haastatteluna. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä ja se etenee keskustelunuomaisesti ennalta valittujen teemojen mukaisesti. Keskustelu on luonteeltaan vapaamuotoista. Keskustelussa otetaan huomioon myös mahdolliset muut tiedonantajien esiintuomat teemat. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48; Saaranen-Kauppinen & Puustniekka 2009, 53-54.)

7.1 Fokusryhmähaastattelu

Fokusryhmähaastattelu on ollut vakiintunut käytäntö sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa jo 1990-luvulta lähtien. Fokusryhmähaastattelua voidaan käyttää joko tutkimus- tai aineistonkeruumenetelmänä. Se antaa mahdollisuuden kerätä monipuolisesti tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Sillä voidaan kerätä tietoa tosiasioista ja tutkittavien mielipiteistä ja siitä, minkälaisia näkemyksiä, kokemuksia, asenteita ja odotuksia haastateltavilla on. Tutkija vertailee vähintään kolmesta haastatteluryhmästä keräämiään tietoja keskenään. (Sipilä, Kankkunen, Suominen & Holma 2007, 306-307.)

Fokusryhmähaastattelua edeltää huolellinen suunnittelu. Optimaalinen fokusryhmä koostuu tyypillisesti 6-8 asiantuntijasta, jotka on kutsuttu keskustelemaan tarkasteltavasta ilmiöstä. Ryhmälle on eduksi, mikäli haastateltavat eivät ennalta tunne toisiaan. Ryhmälle asetetaan yhteinen tavoite. Tiedonantajat yhdessä voivat saada aikaan muutoksen. Haastatteliija toimii ryhmän puheenjohtajana ja pyrkii saamaan aikaan vapaata ja kaikkia osallistavaa keskustelua. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 62, Sipilä ym. 2007, 307.)

Tässä kehittämishankkeessa rajasin tutkimusjoukon kooltaan pienemmäksi BIKVA-mallin suosituksen mukaisesti ja osin käytännön syistä. Lisäksi molempien fokusryhmien osallistujat tunsivat ennalta toisensa. Tässä kehittämishankkeessa päädyin fokusryhmähaastatteluihin opinnäytetyön kehittävän luonteen vuoksi. Fokusryhmähaastattelut toimivat konkreettisina työn ke-

hittämistilanteina, joista sain samanaikaisesti kerättyä opinnäytetyön tutkimuksellisen aineiston BIKVA-mallia hyödyntäen. Tutkimuksellisesti fokusryhmähaastatteluilla halusin selvittää sairaanhoitajien sekä osastonhoitajien kokemuksia hoitosuunnitelmaprosessiin liittyen. Fokusryhmähaastattelut toteutin teemahaastattelurungon tai aikaisemmista haastatteluista johdettujen herätteiden avulla. Minulla oli haastattelijana menetelmässä keskeinen rooli keskustelun kulun ohjaajana siten, että keskustelu sai edetä joustavasti haastateltavien ehdoilla, mutta kuitenkin niin että keskeisille teemoille jäi riittävästi aikaa. Lisäksi huolehdin siitä, että kaikki teemat käytiin läpi ja pyrin innoittamaan kaikkia ryhmän jäseniä monipuoliseen keskusteluun. (Sipilä ym. 2007, 307.) Ensimmäinen fokusryhmähaastattelu oli kestoaltaan 68 minuuttia, toinen 84 minuuttia ja kolmas 62 minuuttia.

Fokusryhmähaastattelu mahdollisti myös ryhmän yhtenäisen kannan ilmaisemisen eri aihealueisiin liittyen. Tämän kehittämishankkeen fokusryhmähaastattelut pyrin pitämään mahdollisimman vapaamuotoisena keskusteluna, jotta tutkittavan ilmiön monipuolisuus ilmenisi mahdollisimman hyvin. Tiedonantajat kuvasivat ja kommentoivat ilmiötä spontaanisti, tekivät hyviä oivalluksia ja tuottivat monipuolisesti tietoa hoitosuunnitelmaprosessiin liittyen. Fokusryhmähaastatteluissa puhuin haastattelijana yhtä aikaa usealle tiedonantajalle ja välillä suuntasin tarkentavia kysymyksiä yksittäisille tiedonantajalle. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61.)

Haastattelun tuloksia analysoidessani oli pohdittavanani, miten kunkin ryhmän toiminta on vaikuttanut tiedon muotoutumiseen. Analyysissa on oleellista löytää keskustelujen suuret ideat. Analyysi voidaan suorittaa joko yksilö- tai ryhmätasolla. Ryhmän vaikutus sen yksittäisiin jäseniin voi olla merkittävää, minkä vuoksi analysointi suositellaan tehtäväksi ryhmäkohtaisesti. Fokusryhmähaastattelun avulla saatuja tuloksia kuvattaessa on suositeltavaa käyttää alkuperäisiä lainauksia. Analyysiprosessin tulee olla avoin, systemaattinen ja toteen näytettävä. (Sipilä ym. 2007, 308.)

7.2 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston analyysissa pyritään ensisijaisesti selkiyttämään kerättyä aineistoa ja tuottamaan uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Vaikka aineiston analysointi edellyttää tietomäärän tiivistämistä, sen ei tule kuitenkaan johtaa varsinaisen ja tutkimuksen kannalta olennaisen informaation katoamiseen. (Eskola & Suoranta 1998, 138, 212; Kananen 2012, 116.) Tuomi ja Sarajärvi (2009, 95, 108) toteavat, että aineistolähtöisessä analyysissa tavoitteena on muodostaa tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Aineistosta ei sellaiseen löydy vastauksia tutkimuskysymyksiin, vaan sitä on tarkasteltava monipuolisesti. Tutkimusaineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda selkeä kuvaus tutkittavasta aiheesta. Tutkimusaineistoa voidaan analysoida monin eri tavoin. Tärkeää on valita

sellainen analyysitapa, joka parhaiten antaa vastauksen tutkimuskohtaisiin tutkimuskysymyksiin. (Eskola & Suoranta 1998, 138.)

7.2.1 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen muodoissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Sisällönanalyysilla voidaan analysoida systemaattisesti kvalitatiivisesti tuotettua aineistoa. Sitä käytetään tutkittavan ilmiön kuvaamisessa. Sisällönanalyysin onnistuminen edellyttää, että tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan aineistoa kuvaavia luokkia, käsitteitä, käsitejärjestelmiä tai malleja. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3,5; Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.)

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli aikaisemmasta käsitejärjestelmästä käsin. Ennen analyysia tutkija päättää analysoidaanko aineiston ilmisisältö ja mahdolliset piiloviestit. Analysoinnin sisällön ratkaisee tutkimusongelmat. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3,5.) Tässä kehittämishankkeessa päätin analysoida aineiston sen ilmisisällön mukaisesti. Piilossa olevat viestit jätin tulkitsematta, koska en halunnut tietoisesti tai tiedostamattani johdatella tutkimustuloksia omilla mielikuvillani tai kokemuksillani tutkittavasta ilmiöstä.

7.2.2 Sisällönanalyysin eteneminen

Ennen aineiston analysointia määritetään analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi yksittäinen sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma, ajatuskokonaisuus, sanojen määrä tai keskusteluun osallistuneiden määrä. Analyysiyksikön määrittelyn ratkaisevat tutkimusongelmat ja aineiston laatu. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Valitsin tässä kehittämishankkeessa analyysiyksiköksi lausuman, joka useimmiten oli usean lauseen muodostava kokonaisuus. Litteroin kunkin fokusryhmähaastattelun sana sanalta huomioiden kaikki haastateltavien tuottamat äännähdykset. Kirjasin myös pidemmät tauot ylös. Litteroitua aineistoa kertyi kaikkiaan 62 sivua.

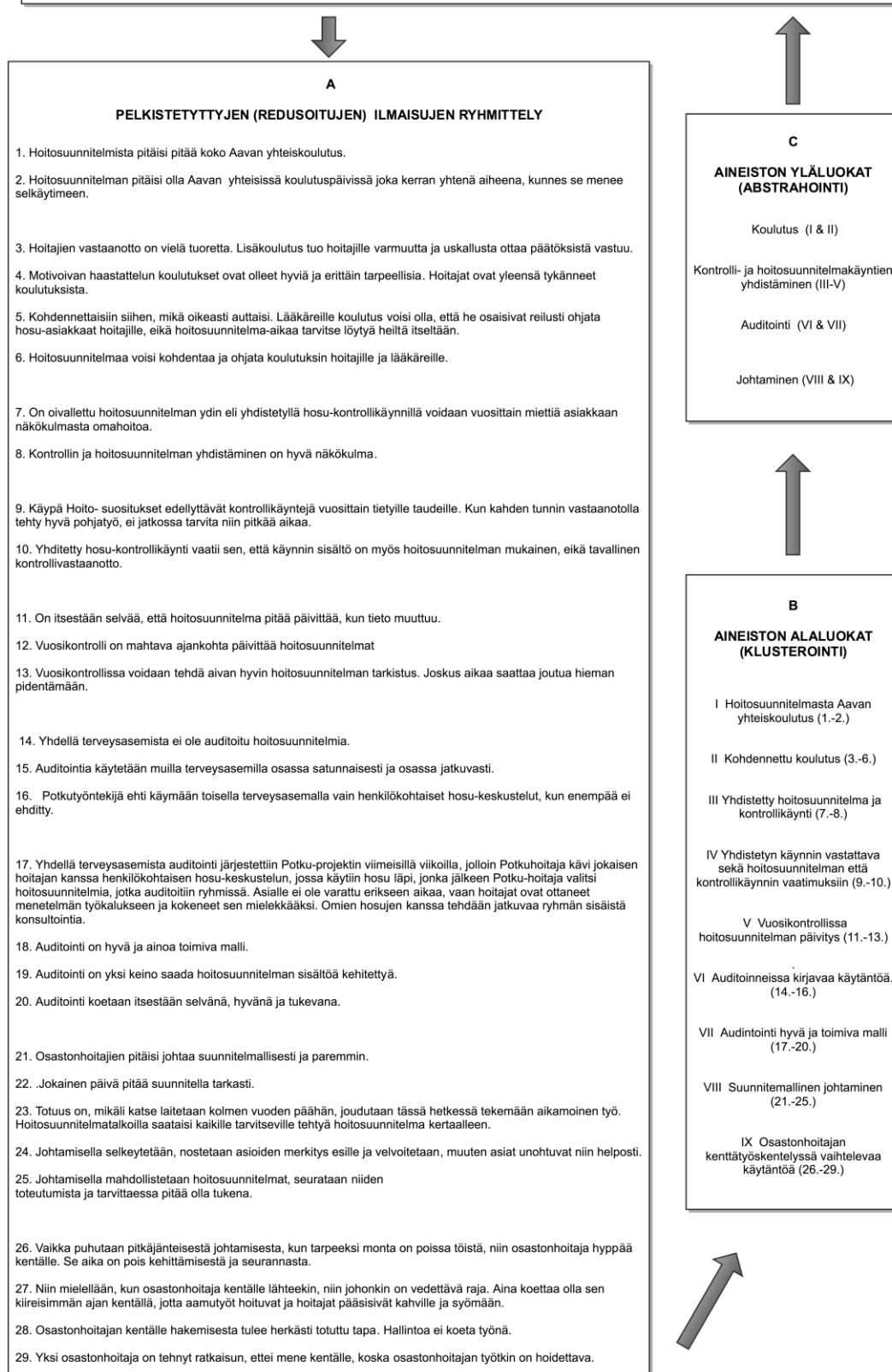
Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen osaan, joita ovat aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Aineiston pelkistämässä eli redusoinnissa analysoitava informaatio voi olla aukikirjoitettu haastatteluaineisto tai muu asiakirja tai dokumentti. Pelkistäminen voi olla informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin, jolloin ilmaisusta karsitaan pois kaikki tutkimuksellisesti epäolennainen data. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Tässä kehittämishankkeessa redusoin fokusryhmähaastatteluaineistot huomioiden kaikki lausumat. Esiaineistoa, joka oli jo valmiiksi tiiviissä muodossa, en erikseen redusoinut.

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta muodostetut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaiset yhdistetään samaan alaluokkaan ja sille annetaan sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. (Kygäs & Vanhanen 1999, 6.) Tässä kehittämishankkeessa pyrin löytämään haastatteluaineiston pääsuuntauksia sekä usein toistuvat ja toisistaan erottuvat teema-alueet. Ryhmittelyssä käytin apuna tutkimuskysymyksiä, jonka vuoksi klusterointia ei voida pitää puhtaasti aineistolähtöisenä. Ryhmittelin myös esihaastattelun aineiston sisällönanalyysin käytännön mukaisesti. Esiaineiston klusteroinnissa haastavaksi osoittautui kirjattujen määritelmien epämääräisyys. Tutkittavien anonymiteetin vuoksi ei jälkikäteen ollut mahdollista tarkistaa, mitä ilmauksella on tarkoitettu.

Aineiston abstrahoinnissa yhdistetään samansisältöiset luokat toisiinsa muodostaen niistä yläluokkia. Yläluokille annetaan niiden sisältöä hyvin kuvaava nimi. Abstrahointia voidaan jatkaa niin kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta mielekästä. (Kygäs & Vanhanen 1999, 6-7.) Tässä kehittämishankkeessa abstrahoin aineiston yläluokkatasolle. Pääluokkina toimivat kolme ennalta määritellyä tutkimuskysymystä. Etenkin kahden jälkimmäisen fokusryhmähaastattelun sisällönanalyysissa valittu linjaus supisti abstrahointia. Jälkimmäisistä aineistoista olisi saanut abstrahoitua pidemmällekin kuin yläluokkatasolle. Aineiston vertailtavuuden vuoksi pitäydyin kuitenkin valitussa yläluokkatasossa.

Tämän kehittämishankkeen aineiston sisällönanalyysissa on vivahteita sekä aineistolähtöisestä että deduktiivisesta otteesta. Sisällön analyysissa olen edennyt aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti, mutta kuitenkin niin, että alusta alkaen analyysirunkona olen pitänyt kolmea tutkimuskysymystäni. Tutkimuskysymykset ovat olleet riittävän väljiä, jolloin niiden sisälle on ollut mahdollista muodostaa käsitteitä aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen

Miten hoitosuunnitelmaprosessiin liittyviin haasteisiin voidaan vastata?



Kuvio 4: Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä (Aineisto 2).

8 Miten sairaanhoitajat ja osastonhoitajat kokevat hoitosuunnitelmaprosessin?

Tässä luvussa esitellään sairaanhoitajien ja osastonhoitajien kokemuksia hoitosuunnitelmaan liittyen. Mukana on myös esiaineiston analyysi. Tutkimustulokset kuvaan tutkimuskysymyskohtaisissa pääluvuissa. Tulokset esitetään sisällönanalyysissa muodostettujen luokitusten mukaisesti ylä- ja alaluokkatasoille asti. Kunkin luokan yhteydessä esitetään yleiskielelle muotoiltuja suoria lainauksia aineistosta. Yhteenvedossa esitellään vielä tiivistetysti koko kehittämishankkeesta saadut ydintulokset tämän tutkimustehtävän kohdalta.

Esiaineiston tulokset ovat lähinnä sairaanhoitajien kokemuksellista tietoa. Esiaineiston tulokset raportoidaan ainoastaan tämän pääluvun alla. Tulosten raportointi ja tulkinta painottuu kolmeen fokusryhmähaastatteluun. Tulosten yhteydessä on esitetty suoria lainauksia aineistosta. Lainaukset on muutettu yleiskielelle, jotta yksittäisiä tiedonantajia ei voi aineistosta tunnistaa.

8.1 Esiaineisto

Esiaineisto poikkeaa jonkin verran varsinaisesta aineistosta. Se on kerätty kirjallisesti kolmelta Peruspalvelukeskus Aavan terveysasemalta SWOT- analyysin (liite 4) avulla maaliskuuhun 2015. Analyysillä kartoitettiin nykyisen hoitosuunnitelmaprosessin vahvuuksia, heikkouksia, uhkia ja mahdollisuuksia. SWOT- analyysit toteutettiin anonymisti 2-3 pitkäaikaisesti sairaanhoitajan ryhmätöinä, eikä niitä ollut mahdollisuus tarkentaa myöhemmässä vaiheessa.

Esiaineiston tarkoitus oli ennen kaikkea tehdä näkyväksi hoitosuunnitelmaprosessi-ilmiön monialaisuus. Esiaineiston perusteella on laadittu sairaanhoitajien ensimmäisen fokusryhmähaastattelun teemahaastattelurunko.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<p>Kokonaisvaltainen hoitotyö</p> <p>Tyytyväinen asiakas ja hoitaja</p>	<p>Riittämättömät resurssit</p> <p>Kirjaamiseen liittyvät ongelmat</p> <p>Henkilöstön sitoutumattomuus hoitosuunnitelmaan.</p> <p>Moniammatillisuuden puuttuminen.</p>
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<p>Työn sisällölliset mahdollisuudet</p> <p>Mahdollisuudet asiakkaan ja organisaation näkökulmas- ta.</p>	<p>Resurssien hallintaan liittyvät uhat.</p> <p>Tasavertaisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen liittyvät uhat.</p>

Taulukko 1: Esiaineiston tulokset yläluokittain.

8.1.1 Hoitosuunnitelmaprosessin vahvuudet

Hoitosuunnitelmaprosessin vahvuudet voidaan jakaa esiaineiston perusteella kahteen yläluokkaan, joita ovat kokonaisvaltainen hoitotyö sekä tyytyväinen asiakas ja hoitaja. Aineistosta nousee vahvasti esiin alaluokiksi muodostuneet hoidon jatkuvuuden, yhdenmukaisuuden ja suunnitelmallisuuden käsitteet, joilla kuvataan kokonaisvaltaista hoitotyötä. Hoitosuunnitelmaa pidettiin lisäksi mainiona mahdollisuutena syventyä tarkemmin asiakkaan tilanteeseen.

”Sovitaan asiakkaan kanssa pelisäännöistä kirjallisesti, jolloin hoitosuunnitelma on muidenkin nähtävissä, mitä on sovittu.”

”Opit tuntemaan potilaan, helpottaa hoitoa puolin ja toisin.”

Tyytyväistä hoitajaa ja asiakasta kuvailtiin muun muassa asiakkailta saatavana luottamuksena hoitotyötä kohtaan. Lisäksi aineistosta ilmeni hoitajien oma positiivinen suhtautuminen hoitosuunnitelmia kohtaan.

”Luottamus potilaiden keskuudessa.”

8.1.2 Hoitosuunnitelmaprosessin heikkoudet

Hoitosuunnitelmaprosessin heikkouksista muodostui neljä yläluokkaa, joita ovat riittämättömät resurssit, kirjaamiseen liittyvät ongelmat, henkilöstön sitoutumattomuus hoitosuunnitelmaan ja moniammatillisuuden puuttuminen hoitosuunnitelmista. Riittämättömiä resursseja kuvattiin niin aika kuin henkilöstöresurssienkin näkökulmasta. Aikaa kuvattiin liian vähäisinä vastaanottojen lukumäärinä sekä riittämättömänä vastaanottoajan pituutena. Henkilöstöä koettiin olevan liian vähän.

”Resurssien väärin kohdentaminen.”

”Aika ei riitä hoitosuunnitelmien tekemiseen.”

Suurimpana kirjaamiseen liittyvänä ongelmana pidettiin tietojärjestelmän ominaisuutta, jossa teksti tallentuu pysyvästi, eikä sitä pääse jälkikäteen muokkaamaan esimerkiksi asiakkaan tilanteen muuttuessa. Lisäksi rakenteinen kirjaaminen koettiin kömpelöksi.

”Hosu-lehti menee muokkaantumattomaan tilaan. Vaarantaako toteutumista?”

”... Efficassa tönköt otsakkeet, tarve ja tavoite osio hankalia.”

Henkilöstön sitoutumattomuus hoitosuunnitelmaprosessiin ilmenee aineistosta monin tavoin. Vähäinen hoitosuunnitelmien kokonaismäärä ja niiden laiska päivittäminen koettiin heikkoutena. Lisäksi aineistossa arveltiin, että osa tehdyistä hoitosuunnitelmista jää huomaamatta. Myös hoitosuunnitelman noudattamisesta nousi epäilyksiä.

”Noudattavatko kaikki hoitoon osallistuvat hosua?”

Moniammatillinen näkemys jää nykyisellä hoitosuunnitelmaprosessista puuttumaan. Se johtuu osin resurssien hallintaan liittyvistä ongelmista, koska lääkäreiden ja hoitajien aikojen yhteensovittamisessa on ilmennyt ongelmia. Lisäksi hoitosuunnitelmat nykyisellään ovat hyvin hoitajapainotteisia ja näin ollen perustuvat sairaanhoitajan ja asiakkaan näkemykseen asiakkaan tilanteesta.

”Moniammatillinen näkökulma puuttuu.”

”Yhteistyö lääkärin kanssa ei onnistu -ei ole aikoja.”

8.1.3 Hoitosuunnitelmaprosessin uhat

Hoitosuunnitelmaprosessin uhat on jaettu kahteen yläluokkaan, jotka ovat resurssien hallintaan sekä tasavertaisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen liittyvät uhat. Resurssien hallintaan liittyviksi uhkien alaluokiksi muodostuivat hoitajan jaksaminen ja niukat aikaresurssit.

”Omahoitajan väsyminen.”

Tasavertaisuutta ja hoidon jatkuvuutta kyseenalaistettiin esiaineistossa. Kysymykset hoitosuunnitelman päivittämisestä, todellisesta hoidon jatkuvuudesta ja potilaiden eriarvoistumisesta toimivat tässä alaluokitteluna.

”Kaikki ei päädy hosu:n piiriin, jotka hyötyisivät (miten asiakkaat valikoituu?)”

”Jatkosuunnitelma toteutuuko?”

8.1.4 Hoitosuunnitelmaprosessin mahdollisuudet

Hoitosuunnitelmaprosessin työn sisällölliset mahdollisuudet ja hoitosuunnitelmaprosessin mahdollisuudet asiakkaan ja organisaation näkökulmasta muodostavat viimeisen pääluokan, hoitosuunnitelmaprosessin mahdollisuudet. Työsisällöllisillä mahdollisuuksilla tarkoitetaan kokonaisvaltaista työtettä, hoidon jatkuvuutta ja yhtenäistä hoitoa. Kokonaisvaltainen työote koettiin pidemmällä tähtäimellä työtä helpottavana tekijänä.

”Kerran panostettu, helpottaa jatkossa työtä.”

Asiakkaan ja organisaation näkökulmista hoitosuunnitelmaprosessi sisältää paljon mahdollisuuksia. Asiakas saa hoitosuunnitelman kautta oman äänensä kuuluviin. Lisäksi asiakas voi itse havainnoida omahoidon merkitystä kokonaishoidossaan. Esiaineistossa todettiin myös hoitosuunnitelmien hyödyttävän onnistuessaan kaikkia, niin asiakasta kuin hoitavaa organisaatiota-kin. Hoitosuunnitelmilla koettiin myös olevan mahdollisuus vähentää turhia vastaanottokäyn-
tejä.

”Ihminen oikeassa paikassa oikeaan aikaan.”

”Asiakkaan omahoito (näkee miten itse voi) vaikuttaa.”

8.2 Sairaanhoitajien 1. fokusryhmähaastattelu

Ensimmäisessä sairaanhoitajien fokusryhmähaastattelussa käytettiin väljää teemahaastattelurunkoa (liite 5), joka oli laadittu esiaineiston perusteella. Fokusryhmähaastattelu toteutettiin maaliskuussa 2015 yhdellä Peruspalvelukeskus Aavan terveysasemalla. Haastatteluun osallistui viisi pitkäaikaishoitotiimiin kuuluvaa vastaanottotyön sairaanhoitajaa. Haastattelu oli kestoltaan 68 minuuttia ja se tuotti 24 sivua litteroitua aineistoa.

Tässä alaluvussa sairaanhoitajien kokemukset hoitosuunnitelmaprosessista on luokiteltu viiteen yläluokkaan, joita ovat kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma, omahoitolomake, asiakaspaute, moniammatillisuus sekä asiakkaan ja ammattilaisen ääni hoitosuunnitelmissa.

8.2.1 Kokonaisvaltainen työtap

Hoitosuunnitelma koettiin kokonaisvaltaiseksi työtavaksi. Sairaanhoitajien mukaan kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma on yksilöllinen ja siinä kuvataan asiakkaan sen hetkinen terveydentila. Hoitosuunnitelmia tulee arvioida uudelleen määräajoin. Sairaanhoitajat kokivat, että pitkäaikaissairaat asiakkaat ovat tasavertaisessa asemassa toisiinsa nähden hoitosuunnitelmiin liittyen. Kaikilla pitkäaikaissairailla on mahdollisuus hoitosuunnitelmaan.

”Ei hoitosuunnitelma tarvitsekaan muokata, se on sen kerran hoitosuunnitelma, ja sitten sinne voi lisätä. Ei kai ole tarkoituksaan muokata. Nehän ovat sen hetkiset ongelmat, jotka käydään läpi siinä...” (sairaanhoitaja 5)

”Kaikki pääsee vastaanotoille, että ei siinä minun mielestäni mitään ristiriitaa ole, kun meillä on neljä diabeteshoitajaa ja kaikki ovat tiimeissä, niin kyllähän jollekin heistä aina pääsee, että ei siinä minun mielestäni ole eriarvoisuutta potilaiden välillä.” (sairaanhoitaja 5)

8.2.2 Omahoitolomake toimiva työväline

Omahoitolomake herätti runsaasti keskustelua. Sairaanhoitajat olivat yksimielisen tyytyväisiä nykyiseen omahoitolomakkeeseen arjen työvälineenä. Omahoitolomaketta kehitettiin toimivaksi, riittävän lyhyeksi ja nykymuotoiset kysymykset koettiin helppotajuisiksi asiakkaiden keskuudessa. Omahoitolomakkeen koettiin helpottaneen sairaanhoitajien työtä. Sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä, että aikaisempaa omahoitolomaketta muokattiin paremmin toimivaksi heidän antamansa palautteen perusteella. Omahoitolomakkeet ovat useimmiten asiakkailta mu-

kana hoitosuunnitelmakäynnille tullessaan, mikä osaltaan helpottaa vastaanottoa. Niin ikään hoitosuunnitelman painetusta ohjeistuksesta koettiin olevan hyötyä.

”Kyllä minuakin helpottaa se uusi omahoitolomake.” (sairaanhoitaja 2)

8.2.3 Asiakaspalaute ristiriitaista

Hoitosuunnitelmista saatu asiakaspalaute on sairaanhoitajien mukaan osoittautunut ristiriitaiseksi. Hoitosuunnitelmavastaanotolla tai pian sen jälkeen saatu asiakaspalaute on ollut positiivista. Myöhemmin, etenkin puhelintyössä, on ilmennyt, etteivät jotkut asiakkaat ole ymmärtäneet hoitosuunnitelmaa.

”Kyllä ainakin minä olen saanut hyvää palautetta (hoitosuunnitelmakäynneistä), ja että just siitä, että on aikaa keskustella.” (sairaanhoitaja 3)

”Jälkikäteen palvelunumeroon vastasin, niin asiakas sanoi, että on hoitosuunnitelma tehty, mutta ei siitä ole mitään hyötyä ollut. Se oli joskus pari vuotta sitten ollut, eikä asiakas enää muistanut, mitä se edes tarkoitti se hoitosuunnitelma.” (sairaanhoitaja 4)

8.2.4 Moniammatillisuus hoitosuunnitelmissa?

Sairaanhoitajien mukaan moniammatillisuus ei toteudu hoitosuunnitelmassa. Hoitosuunnitelmat on laadittu hoitajakäynneillä, jolloin usein lääketieteellinen näkökulma jää puuttumaan kokonaan. Hoitajat kokivat kuitenkin tietonsa ja taitonsa riittävän hyvin hoitosuunnitelmien tekemiseen. Hyvässä hoitotasapainossa oleville asiakkaille ei moniammatillisuutta erityisesti kaivattukaan.

”Jos me teemme kaikille pitkäaikaissairaille (hoitosuunnitelmat), niin ne joilla on (sairaus) hyvässä tasapainossa, niin eihän heidän tarvitse lääkärissä käydä.” (sairaanhoitaja 1)

Sairaanhoitajat kokivat saavansa työyhteisöstä vertaistukea hoitosuunnitelmiin liittyen. Sanallista tukea he kokivat saavansa myös esimiehiltä ja joiltakin lääkäreistä. Toisaalta esimiehiltä saatu tuki koettiin ristiriitaiseksi.

”Niiltä (Esimiehistö) tulee varmaan sellainen sanallinen tuki periaatteessa, mutta sitten käytännössä se paine siihen, että kaikkea muuta pitää olla, niin tavallaan niitten kustannuksella ei saa tinkiä kauheasti mistään muusta. Se on sellainen ristiriitainen tuki.” (sairaanhoitaja 5)

8.2.5 Asiakkaan ja hoitajan ääni halutaan kuuluviin hoitosuunnitelmissa

Keskustelussaan sairaanhoitajat päätyivät hyvän hoitosuunnitelman sisältävän sekä asiakkaan että ammattilaisen ääntä. Lähtökohtana sairaanhoitajat kokivat olevan, että hoitosuunnitelma käynnillä käydään läpi asiakkaan tuomat subjektiiviset ongelmat. Terveysasemalla tehty sopimus siitä, ettei kaikkiin ongelmiin tarvitsekaan puuttua, oli helpottanut sairaanhoitajia. Lisäksi hoitosuunnitelmassa kuuluu jonkin verran ammattilaisen ääntä esimerkiksi tavoite-
tasojen kirjaamisena. Lisäksi sairaanhoitajat sivuavat asiakkaanperussairauksia, vaikka asiakas ei itse toisikaan niitä esille.

”Se (asiakkaan subjektiivinen ongelma) on juuri se, mistä se hoitosuunnitelman pitäisi lähteä liikkeelle ja toi (omahoitolomake) on minusta helpottanut sitä.” (sairaanhoitaja 3)

”Minä laitan (hoitajan ääntä kuuluviin hoitosuunnitelmaan). Kyllä monesti ne muutkin sairaudet siellä vaikuttavat hänen ongelmiinsakin... Hoitosuunnitelmaan olisi hyvä laittaa asiakkaalle esimerkiksi diabeteksen hoidossa, niin verenpaine- ja verensokeritavoitearvot, että hänen olisi helppo ne sieltä katsoa aina.” (sairaanhoitaja 5)

8.3 Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelu

Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelu toteutettiin osastonhoitajien kokouksen yhteyteen varatulla ajalla huhtikuussa 2015. Fokusryhmähaastatteluun osallistui kaikki neljä Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottotyön osastonhoitajaa. Haastattelu kesti 84 minuuttia ja se tuotti kaikkiaan 21 sivua litteroitua aineistoa.

Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelussa lähdettiin liikkeelle sairaanhoitajien tuottaman aineiston perusteella. Olin muodostanut sairaanhoitajien haastattelun yläluokista tutkimuskysymyskohtaiset herätteet (liite 6), jotka jaoin tiedonantajille tutkimuskysymys kerrallaan haastattelutilanteessa. Samalla kerroin ensimmäisen aineiston sisällöstä alaluokkatasolle asti. Osastonhoitajat lähestyivät aihetta BIKVA-mallin ajatuksen mukaisesti pohtien, mihin sairaanhoitajien arviot perustuvat. Toisaalta he pohtivat samalla omaa toimintaansa esimiehinä.

Osastonhoitajien kokemukset hoitosuunnitelmaprosessista jaottelin kolmeen yläluokkaan, joita ovat monipuolinen moniammatillisuus, hoitosuunnitelma on asiakaslähtöinen ja hyvä hoitosuunnitelma apuna hoidontarpeen arvioinnissa.

8.3.1 Monipuolinen moniammatillisuus

Osastonhoitajat totesivat hoitosuunnitelman hoitajavetoiseksi, mutta kokivat hoitosuunnitelmaprosessin samalla olevan moniammatillinen, toisin kuin sairaanhoitajat olivat esittäneet.

Osastonhoitajat korostivat moniammatillisuuden olevan muutakin kuin hoitaja-lääkäriyhteistyötä. Esimerkiksi osastonhoitajat nostivat erikoistuneiden hoitajien, kuten reumahoitajan, sydänhoitajan tai astmahoitajan, konsultoimisen lääkärin sijaan.

”Mutta hoitajavetoinen tämä on totta ja niin sen pitää ollakin.” (osastonhoitaja 1)

”Tai, että olisikin diabeteshoitaja ja sydänhoitaja. Tai sydänhoitaja-reumahoitaja tai sydänhoitaja-diabeteshoitaja. Niin eikö tämä kaikki ole moniammatillista, niin miksi haetaan aina sitä lääkärää, kategoriassa korkeammalla olevaa, niin sittenkö se vasta on moniammatillista?” (osastonhoitaja 2)

Osastonhoitajat kokivat, että lääketieteelliseen näkökulmaan hoitosuunnitelmassa ei ole yksiselitteistä vastausta, vaan se riippuu täysin asiakastapauksesta. Mikäli kaikki on selvää, ei lääketieteellistä näkökulmaa tarvita. Mikäli sairaanhoitaja huomaa tarvitsevansa lääkärin apua, voi hän konsultoida tai varata lääkärin vastaanottoajan. Osastonhoitajat toivoivat etenkin konsultointia työtavaksi.

”Mutta kuinka pitkälti lääkelistan tarkistus, lääkkeiden sopivuuden tarkistus onnistuisi ihan konsultoinnilla? Jos sitä osattaisi ja uskallettaisi käyttää.” (osastonhoitaja 2)

Samalla kuitenkin todettiin, että konsultointi mahdollisuudet vaihtelivat huomattavasti Peruspalvelukeskus Aavan kuntien välillä. Myös konsultaatiovastauksissa oli ilmennyt kirjavuutta.

”Meillä on hyvät (konsultointimahdollisuudet) sinänsä, mutta se ei tapahdu tänään, vaan voi mennä vaikka viikko, mutta se ei haittaa mitään muuta, kun sinä vain muistat sitten laittaa taas eteenpäin itsellesi sen ohjelmaan, että sinä tarkistat asiaa.” (osastonhoitaja 3)

”... edellekään lääkäreille ei syystä tahi toisesta ole tiimeittäin ihan puhtaasti konsultointiaikoja. Tästä on puhuttu joka ainoassa palaverissa.” (osastonhoitaja 2)

Lääkäreiden korkeampi arvostus jakoi osastonhoitajien mielipiteet. Osastonhoitajien mukaan sairaanhoitajat eivät pidä itseään tasavertaisina lääkäreiden kanssa, vaikka he osastonhoitajien mielestä ovat lääkäreiden kanssa samalla tasolla. Lääkäreiden arvostuksen katsottiin kumpuavan pitkälti historiasta, mutta samalla todettiin sairaanhoitajien arvostuksen nousseen.

”... lääkäri on mukamas se kategoriassa korkeampi, mutta eihän se oikeasti ole. Hoitajat itse asettaa tällaisia esteitä, että he ajattelevat, että se on se lääkäri, joka päättää ja kuitenkin ollaan samassa tasossa.” (osastonhoitaja 2)

”Ja historiastahan tämä kumpuaa, että lääkäreitä on pidetty itse Jumalina ennen.” (osastonhoitaja 1)

”Kyllä hoitajan arvostaminen on noussut...” (osastonhoitaja 4)

8.3.2 Hoitosuunnitelma on asiakaslähtöinen

Osastonhoitajat painottivat, että hoitosuunnitelman tulee olla asiakaslähtöinen. Asiakaslähtöisessä hoitosuunnitelmassa asiakkaalta nousee hoitosuunnitelman tarpeet, joita sairaanhoitajat vastaanottokäynnillä tukevat. Osastonhoitajat totesivat asiakaslähtöisen työtavan olevan uutta sekä hoitajille että asiakkaille.

”Sehän on se tavoite, että asiakas ymmärtää oman parhaansa ja asiakkaasta sen pohjalta nousee ne tavoitteet. Silloin se hoitaja tukee tai hoitajat koko se kokonainen hoitajaporukka.” (osastonhoitaja 4)

”Onhan se asiakkaallekin erittäin uusi tilanne, koska he ovat tottuneet sillä lailla, että he tulevat ja heille sanotaan, että tämä on sinulle tavoite ja tähän me nyt pyritään, ja tämä on se tapa, millä sinua hoidetaan. Kyllä se vaatii asiakkaaltakin jotakin ihan uutta ajattelutapaa.” (osastonhoitaja 3)

Osastonhoitajat kokivat, että hoitosuunnitelmaan kirjataan vain asiakkaan ääni. Osastonhoitajien mukaan esimerkiksi tavoitetasot toimivat sairaanhoitajien työkaluina, mutta niitä ei kuulu kirjata sellaisenaan hoitosuunnitelmaan.

”Pitääkö sen asiakkaan tietää ne nippeliluvut? Kun hoitaja tietää itse, että jos me saadaan tällä konstillä toi putoamaan, niin hyvä, mutta pitääkö se olla sille asiakkaalle tavallaan. Joidenkin kohdalla varmaan näin onkin. Jotkut haluavat niitä mustaa valkoisella, jotta he näkevät, että paino putoaa ja arvot laskevat. Toiset taas on, että ne etenee paremmin ilman vanhan kunnon pakotteita, mitkä eivät ole hänestä nousevia.” (osastonhoitaja 2)

”Halusiko tavoitetasoja asiakkaat vai halusiko niitä hoitajat, että se näyttäisi tutummalta ja niin kuin ennenkin me olemme sanoneet mikä on raja.” (osastonhoitaja 2)

Osastonhoitajat kokivat voimaannuttamisen osaksi asiakaslähtöistä hoitosuunnitelmaa. Voimaannuttaminen lähtee liikkeelle työyhteisöstä, jossa vahvistamalla toinen toistaan ja oppimalla toinen toisiltaan, saa uskallusta, voimaa ja rohkeutta asiakastyöhön. Asiakkaan kokema turvallisuuden tunne koettiin tärkeäksi voimaannuttamisessa. Osastonhoitajat katsoivat voimaannuttamisen olevan osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Työmuodoista motivoiva haastattelu mainittiin.

”Kyllä se on hoitajan ammattitaito siinä, miten hän asiakkaan kohtaa, miten hän selittää ne asiat ja miten hän kaivaa sieltä ne ongelmat esille... ja miten hän saa kannustettua sen potilaan, puhutaan voimaannuttamisesta.” (osastonhoitajat 1 & 2)

8.3.3 Hyvä hoitosuunnitelma apuna hoidontarpeenarvioinnissa

Osastonhoitajat totesivat yksimielisesti, että hoitosuunnitelmat tulee lukea ja niiden sisältöä noudattaa hoidontarpeenarviointitilanteissa ja hoitopuheluissa. Etenkin hyvän suunnitelma-osion merkityksen nähtiin korostuvan hoidontarvetta arvioitaessa. Osastonhoitajat kokivat hoitosuunnitelmien lukemisen ja noudattamisen vähentävän vastaanottokäyntien määrää.

”Hoitosuunnitelman merkitys hoitopuheluissa on iso, jos sitä luetaan tai se on tehty hyvin ja sitä luetaan, niin se on kyllä ihan silloin sitä perushoitoa, mikä vähentää käyntejä.” (osastonhoitaja 1)

Edellisessä kappaleessa viitattiin hyvään hoitosuunnitelmaan. Osastonhoitajien mukaan hoitosuunnitelmassa tärkeää on jämäptiys, selkeäsanaisuus ja voimakas asiakasnäkökulma. Hoitosuunnitelma laaditaan aina sen hetkisen tilanteen mukaan. Sairaanhoitajilla on käytössään hyvän hoitosuunnitelman malli, jota voi käyttää apuna kirjaamisessa. Osastonhoitajat kokevat haasteeksi sen, että sairaanhoitajat kokevat monisairaiden asiakkaiden hoitosuunnitelmat hankalina. Hoitosuunnitelma auttaisi eniten juuri monisairaita, kuten jo sairaanhoitajat haastattelussaan totesivat.

”... monisairaat ovat se ryhmä, mikä oikeasti auttaisi ja se mikä on helppo tehdä, suhauttaa tuossa vasemmalla kädellä, niin ne ei paljon siinä työssä hetkauta, kun he ovat muutenkin niitä, jotka käyttävät suhteellisen harvoin meidän palveluja.” (osastonhoitaja 2)

Jotkut osastonhoitajista ihmettelivät sairaanhoitajien näkemystä, ettei hoitosuunnitelmasta olisi hyötyä akuuttivastaanotoilla.

”Mutta hei, mikä minulle täältä (heräte) nousee esiin, niin hoitosuunnitelmasta ei hyötyä akuuttivastaanotoilla, niin ihan kummalista.” (osastonhoitaja 1)

Osastonhoitajat kokivat, että hoitosuunnitelmalla voidaan lisätä asiakkaiden turvallisuuden tunnetta ja sitä kautta auttaa päivystyskäyntien vähenemiseen. Omalääkärijärjestelmän purkamisen oli näyttäytynyt päivystyskäyntien lisääntymisenä.

”Hoitosuunnitelma tuo tietyn turvallisuuden sille asiakkaalle, niin hänen ei tarvitse mennä sinne päivystykseen.” (osastonhoitaja 4)

8.4 Sairaanhoitajien 2. fokusryhmähaastattelu

Viimeinen fokusryhmähaastattelu järjestettiin toukokuussa 2015 samoille pitkäaikaistiimien sairaanhoitajille, kuin 1. vaiheessa. Sairaanhoitajien toisessa fokusryhmähaastattelussa hyödynnettiin osastonhoitajien tuottamaa tietoa. Muodostin osastonhoitajien haastattelun ylä-

luokista tutkimuskysymyskohtaiset herätteet (Liite 7), jotka jaoin tiedonantajille tutkimuskysymys kerrallaan haastattelutilanteessa. Samalla kerroin toisen aineiston sisällöstä alaluokkatasolle asti. Haastattelu oli kestoaltaan 62 minuuttia ja se tuotti 17 sivua litteroitua aineistoa. Sairaanhoidajat lähestyivät aihetta BIKVA-mallin idean mukaisesti pohtien, mihin osastonhoitajien arviot perustuvat. Toisaalta he pohtivat samalla omaa toimintaansa työntekijöinä. Sairaanhoidajien toisen fokusryhmähaastattelun perusteella, jaoin heidän kokemuksena hoitosuunnitelmaprosessista viiteen yläluokkaan, joita ovat hoitosuunnitelman sisällössä saa olla muutoksia, kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma, tavoitetasot tulee kirjata hoitosuunnitelmaan, hoitosuunnitelma ei poikkea vastuultaan muusta vastaanottotyöstä ja suoritettavoitteet auttoivat alkuun pääsemisessä.

8.4.1 Hoitosuunnitelman sisällössä saa olla vaihtelua

Sairaanhoidajien mukaan hoitosuunnitelmat ovat ja saavatkin olla sisällöltään erilaisia. Hoitosuunnitelmien sisältöön voi vaikuttaa omalla persoonallaan. Sairaanhoidajat kokevat, ettei hoitosuunnitelmaa laatiessa tarvitse olla kaavoihin kangistunut, vaan kunkin hoitajan oma käsiala saa näkyä. Lisäksi hoitosuunnitelman sisältö riippuu myös asiakkaasta.

”... siinä saa näkyä oma persoona, koska sitä on kuitenkin väljennetty siitä, että ei tarvitse olla jonkun tietyn mallin mukainen, niin toinen tekee toisella lailla ja toinen toisella lailla.” (sairaanhoidaja 1)

Lääkehoidon kirjaamisessa ilmeni hajontaa. Osa sairaanhoidajista kirjasi asiakkaan lääkityksen hoitosuunnitelmaan käyttötarkoituksineen, kuten hoitosuunnitelmaohjeistus on annettu. Osa sairaanhoidajista on käynyt keskustelua asiakkaan kanssa hoitosuunnitelmakäynnillä, tunnistako asiakas omat lääkkeensä, jotka hän on jo kirjannut omahoitolomakkeelle. Eräs sairaanhoidajista ei ole kirjannut lääkitystä lainkaan hoitosuunnitelmaan. Hän perusteli kantaansa sillä, etteivät lääkemutokset päivitty hoitosuunnitelmahdelle. Lääkelistalla on ajantasainen lääkitys.

”Minä itse asiassa en ole sitä lääkitystäkään ihan hirveästi sinne laitellut sen takia, että kun se on se lääkelista siellä olemassa ja sitten jos hänellä muuttuu ne lääkkeet, niin ne muutetaan lääkelistalle eikä sinne hoitosuunnitelmalle.” (sairaanhoidaja 3)

8.4.2 Kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma

Sairaanhoidajien mukaan hoitosuunnitelmakäynnillä kartoitetaan asiakkaan kokonaistilanne ja määritellään jatkot. Hoitosuunnitelmakäynnillä kootaan asiakkaan ongelmat, joihin ratkaisujen ei tarvitse löytyä samalla käynnillä, vaan paremminkin mietitään, miten asiassa päästään eteenpäin. Vuosikontrollissa keskitytään vain yksittäiseen sairauteen tai ongelmaan. Sairaanhoidajien mukaan hoitosuunnitelma on käytännössä vain työkalu, jolla voidaan seurata, miten hoito etenee.

hoitajat kokevat, että omahoitajuuden myötä hoidon jatkuvuus paranee. Lisäksi asiakkaan turvallisuuden tunne voi lisääntyä hoitosuunnitelman myötä.

”Niin, minä olen ajatellut, että se (hoitosuunnitelma) tehdään siinä hetkessä ja mietitään ne ongelmat ja niihin ongelmiin ratkaisut ja ratkaisu voi olla se, että varataan aika reumahoitajalle eikä sitä ratkaisua tarvitse siinä hetkessä keksiä vaan siinä on mietitty yhdessä millä tavalla tästä eteenpäin.” (sairaanhoitaja 1)

Ajatukset hoitosuunnitelmien vaikutuksesta päivystyskäyntien vähenemiseen jakaa hoitajien mielipiteet. Sairaanhoitajat korostavat, että hoitosuunnitelman vaikutus päivystyskäyntien vähenemiseen riippuu päivystyksellisen vaivan laadusta. Osa hoitajista ei osaa määritellä, minkälaisessa sairastapauksessa päivystyskäynti olisi ylipäänsä ennakoitavissa. Päivystyskäyntejä enemmän sairaanhoitajat kokevat hoitosuunnitelmista olevan apua pitkäaikaiskontrolleissa. Kun hoitosuunnitelman lähtökohtana on asiakkaan oma kokemus terveydestään, ei se sairaanhoitajien mielestä auta päivystysluontoisessa hoidossa, etenkin jos hoitosuunnitelmalle ei ole kirjattu lääketieteellisiä asioita tai ohjeistuksia.

”Mutta jos hoitosuunnitelmassa lähdetetään siitä liikkeelle, mitä asiakas itse kokee terveydessään, niin ei se nyt minun mielestäni välttämättä päivystyksen kauheasti auta tai jos siellä ei saa lukea mitään lääketieteellisiä asioita, niin kuin että kerran kuussa saadaan antaa Norflexiä ja Ketorinia.” (sairaanhoitaja 5)

Eräälle sairaanhoitajalle oli jäänyt hyvä tunne hoitosuunnitelmakäynnin jälkeen. Hän uskoo, että kyseisessä asiakastapauksessa myös päivystyskäynnit tulevat vähenemään hoitosuunnitelman myötä.

”...hän (asiakas) oli hirveen tyytyväinen, että olipa hyvä, että hän pääsi käymään. Ja luulen, että tällä käynnillä saatetaan ehkä saada niitä päivystyskäyntejä vähenemään.” (sairaanhoitaja 1)

Sairaanhoitajat kokevat hoitosuunnitelman olevan tärkeä työkalu koko työyhteisölle. Sitä voidaan lisäksi hyödyntää tehtäessä hoidontarpeenarviointia. Tämä ei ole vielä täysin toteutunut työyhteisössä. Potku-projektin kautta saatu ohje koettiin hyväksi. Prosessin muututtua hoitajavetoiseksi, sairaanhoitajat ovat jääneet kaipaamaan tarkkaa ohjetta, mitä hoitajan tekemän hoitosuunnitelman tulisi sisältää.

”Sen pitäisi sitten kyllä palvella koko työyhteisöä, että kaikki osaisivat hyödyntää sitä. Se on ainakin vielä minusta aika huonosti.”

8.4.3 Tavoitetasot tulee kirjata hoitosuunnitelmaan

Päinvastoin kuin osastonhoitajat, olivat sairaanhoitajat yksimielisiä siitä, että pitkäaikaissairauksien tavoitetasot tulee kirjata näkyviin hoitosuunnitelmaan. Sairaanhoitajien mukaan hoitosuunnitelman tulisi sisältää asiakkaan hoidon yksilölliset tavoitteet ja suunnitelma kirjallisesti ja numeraalisena. Hoitosuunnitelmäkäynnillä tavoitteista keskustellaan yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan tulee tietää, mitä hoidolla tavoitellaan. Esimerkkiryhmänä sairaanhoitajat mainitsivat ikääntyvät diabeetikot. Argumenttina he käyttivät myös sitä, etteivät ajanvaraajat välttämättä tunne diabetesasioita, jolloin hoitosuunnitelmaan numeraalisesti kirjatut yksilölliset tavoitetasot auttaisivat työssä ja oikean hoidontarpeen arvion tekemisessä.

”Ehdottomasti hoitosuunnitelmiin, mikä on asiakkaan työkalu kotona, niin pitää näkyä se, mitä tavoitellaan varsinkin sokeriarvoissa.” (sairaanhoitaja 5)

8.4.4 Hoitosuunnitelma ei poikkea vastuultaan muusta vastaanottotyöstä

Vastoin osastonhoitajien näkemystä, sairaanhoitajien mukaan vastuu ei poikkea perusvastaanottotyöstä. Sairaanhoitajien mukaan hoitosuunnitelma ei ole lisännyt sairaanhoitajien vastuuta millään tavalla. Sairaanhoitajat kuitenkin muistuttavat vastuun olevan viime kädessä asiakkaalla.

”Samalla lailla me olemme niitä jatkosuunnitelmia tehty asiakkaille ja sovittu kontrolleja ja tulkittu labroja.” (sairaanhoitaja 5)

”Loppuvastuu on aina sitten potilaalla, tuleeko hän ja noudattaako hän niitä.” (sairaanhoitaja 2)

8.4.5 Suoritetavoitteet auttoivat alkuun pääsemisessä

Sairaanhoitajat kokivat alkuvaiheessa, hoitosuunnitelman tultua lakisääteiseksi, että hoitosuunnitelmia tehtiin vain tilastojen vuoksi. Sopiva suoritetaivoite kuitenkin koettiin hyväksi asiaksi, jotta hoitosuunnitelmia tulee tehtyä. Hoitosuunnitelminen tekemisen koettiin madaltavan kynnystä tehdä niitä.

”Minulla oli hirveän korkea kynnys tehdä hoitosuunnitelmia alkuun, kun minä ajattelin, että ne on niin jotenkin utopisia, kun ei ikinä ollut tällaisia tehnyt... Loppupelissä ei sitten olekaan, kun tekee niin tämä onkin aika yksinkertainen juttu.” (sairaanhoitaja 2)

8.5 Yhteenveto tuloksista

Sairaanhoitajien ja osastonhoitajien kokemukset hoitosuunnitelmaprosessista oli monipuoliset. Molemmat ryhmät kokivat hoitosuunnitelman kokonaisvaltaisena ja asiakaslähtöisenä hoitotyönmuotona. Hoitosuunnitelmien moniammatillisuudessa ilmeni ristiriitaa työntekijöiden ja esimiesten näkemysten välillä. Sairaanhoitajat kokivat hoitosuunnitelman olevan hoitajavetoista toimintaa. Yhteisiä vastaanottokäyntejä lääkäreiden kanssa ei enää ole juurikaan ollut. Lisäksi lääkäreiden konsultointi on koettu hankalaksi. Esimiehet vahvistivat, että prosessin kuuluukin olla hoitajavetoinen. Esimiehet kokivat moniammatillisuuden olevan myös asiantuntijasairaanhoitajien osaamisen hyödyntämistä ja yhteistyötä mm. hammashoitolan ja sosiaalitoimen kanssa. Moniammatillisuus ei osastonhoitajien mielestä rajoitu hoitajalääkäriyhteistyöhön.

Toinen ongelmakohta ilmeni asiakkaan ja hoitajan äänen esiin tuomisessa hoitosuunnitelmasa. Sairaanhoitajat kokivat molemmilla haastattelukerroilla, että hoitosuunnitelmissa tulee kuulua sekä hoitajan että asiakkaan ääni. Hoitajan rooli ilmenee esimerkiksi konkreettisten tavoitetasojen kirjaamisena hoitosuunnitelmaan. Sairaanhoitajat perustelivat kantaansa monipuolisesti. Asiakkaan tulee tietää, mitä yksilöllisiksi tavoitteiksi on yhdessä sovittu esimerkiksi verenpaineiden tai verenokereiden suhteen. Osastonhoitajat olivat sitä mieltä, että hoitosuunnitelman tulee olla täysin asiakaslähtöinen. Sairaanhoitajan tulee itse tietää, mitä tavoitellaan, mutta niitä ei numeerisina kirjata hoitosuunnitelmaan, jonka tavoite on perustua asiakkaan tarpeisiin ja niihin vastaamiseen.

Myös hoitosuunnitelman vastuukysymykset herättivät tiedonantajaryhmissä poikkeavat kannat. Osastonhoitajat arvelivat sairaanhoitajien vastuun lisääntyneen hoitosuunnitelman myötä. Sairaanhoitajat kokivat, ettei hoitosuunnitelma poikkea vastuultaan muusta vastaanotto-työstä. Osastonhoitajat mainitsivat haastattelussa yhdeksi prosessin haasteeksi sen, että suoritettavatavoitteet ovat vähentäneet innostusta hoitosuunnitelmien tekemiseen. (Kts. Luku 8.2.1). Sairaanhoitajat totesivat kuitenkin viimeisessä fokusryhmähaastattelussa, että suoritettavatavoitteet ovat auttaneet hoitosuunnitelmaprosessissa alkuun pääsyyn.



Kuvio 5: Miten sairaanhoitajat/osastonhoitajat kokivat hoitosuunnitelmaprosessin?.

9 Millaisia haasteita hoitosuunnitelmaprosessin liittyy?

Tässä luvussa esitellään, millaisia haasteita hoitosuunnitelmaprosessiin liittyy sairaanhoitajien ja osastonhoitajien näkökulmista. Aineisto esitellään ensin haastattelu kerrallaan aikajärjestyksessä. Yhteenvedossa esitellään vielä tiivistetysti koko kehittämishankkeesta saadut ydin tulokset tämän tutkimuskysymyksen kohdalta.

9.1 Sairaanhoitajien 1. Fokusryhmähaastattelu

Sairaanhoitajien ensimmäisessä fokusryhmähaastattelussa ilmeni runsaasti hoitosuunnitelmaprosessiin liittyviä haasteita. Haasteet on jaettu viiteen yläluokkaan, joita ovat haastava työmuoto, riittämätön aikaresurssi, monisaira-at asiakkaat, hoitosuunnitelmien hyödyttömyys akuuttivastaanotoilla ja kapea-alaisuuden ja tiedon vanhenemisen vaara. Haastavaksi hoitosuunnitelmat tekee niiden työläys. Itsessään hoitosuunnitelmavastaanotot koetaan haastaviksi ja raskaiksi ja ne usein poikivat myös lisätyötä. Lisäksi diagnoosikoodien hakeminen hoitosuunnitelmaan on sairaanhoitajien mukaan ollut aikaa vievää.

”Aika paljon poikii sitten kaikenlaista.” (sairaanhoitaja 2)

9.1.1 Riittämätön aikaresurssi

Sairaanhoitajat kokivat aikaresurssin riittämättömäksi. Varattu vastaanottoaika ei nykyisellään riitä hoitosuunnitelmakäyntiin kirjauksineen. Lisäksi vastaanottotyön vähyys, muun työn joukossa, koettiin haasteeksi.

”Niitä pitäisi tehdä, mutta sitten se aika.” (sairaanhoitaja 1)

”Jotenkin tuntuu, jos me haluaisimme tehdä näitä, ja sitten me paikataan esim. terveyskeskusavustajien työpisteitä... että onko se sitten resurssien hukkaan heittämistä?” (sairaanhoitaja 5)

9.1.2 Monisaira-at asiakkaat

Sairaanhoitajat totesivat haastattelussa hoitosuunnitelman hyödyttävän eniten monisairaita asiakkaita. Monisaira-at asiakkaat ovat kuitenkin osaltaan hoitosuunnitelmaprosessin haaste, koska hoitosuunnitelma on vaativampi tehdä, kun huomioitavia sairauksia on monta. Hoitosuunnitelmia ei ole terveysasemalla kuitenkaan kohdennettu erikseen monisairaille tai palveluiden suurkuluttajille. Sairaanhoitajat kokivat, etteivät vähemmän sairaat asiakkaat hyödy

hoitosuunnitelmasta monisairaasi asiakkaan lailla. Vähemmän sairaiden asiakkaiden vastaanottokäynnit koettiin helpommiksi ja osin niillä saadaan kompensoitua tilastoja.

”Olisiko se vähän sitten ajautunut niin, että ne ihan todelliset monisairaasi suurkuluttajat, niin niille en minä ainakaan ole nähnyt kovin montaa, jolle hoitosuunnitelma olisi tehty sellaiselle...” (sairaanhoitaja 3)

”Ne (vähemmän sairaasi asiakkaasi) eivät sitten taas hyödy siitä niin paljon, mutta saadaanpahan numeroita.” (sairaanhoitaja 1)

9.1.3 Hoitosuunnitelmien hyödyttömyys akuuttivastaanotolla

Sairaanhoitajien mukaan hoitosuunnitelmat eivät hyödytä akuuttivastaanotoilla. Sairaanhoitajilla oli ristiriitainen käsitys ja kokemus hoitosuunnitelmien lukemisesta asiakasvastaanotoilla tai hoidontarpeenarviotilanteissa. Osa sairaanhoitajista luki hoitosuunnitelmia aikoja varatesaan, osa ei. Sairaanhoitajien mukaan lääkärit ja akuuttipuolen sairaanhoitajat eivät lue asiakkaalle laadittua hoitosuunnitelmaa ennen vastaanottokäyntiä. Sairaanhoitajat eivät kokee hoitosuunnitelman hyödyttävän akuuttivastaanotoilla, vaan pikemminkin pitkäaikaissairauksia hoidettaessa vastaanotolla.

”En usko, että jos se asiakas päivystykseen tulee, niin akuuttihoitaja tai päivystävä lääkäri sitä hoitosuunnitelmaa sieltä lukisi...” (sairaanhoitaja 5)

”Mutta toki siinä (hoitosuunnitelma) on usein, kun meillä hoitajapainotteisesti hoitosuunnitelmia tehdään, niin tavallaan se hyöty siellä akuuttivastaanotolla on vähäisempi, koska siinä ei sitä lääketieteellistä näkökulmaa sitten niin paljon ole.” (sairaanhoitaja 3)

”Koska, jos siitä haluttaisi saada ajallista hyötyä tänne, vastaanottokäyntejä vähemmäksi, niin akuuttikäynneillehän siitä pitäisi olla nimenomaan hyötyä.” (sairaanhoitaja 3)

9.1.4 Vaarana kapea-alaisuus ja tiedon vanheneminen

Sairaanhoitajat tunnistivat jo edellä hoitajavetoisen hoitosuunnitelman riskejä. Kun hoitosuunnitelmia ei hyväksytetä lääkäreillä, jää hoitosuunnitelman lääketieteellinen näkökulma puuttumaan kokonaan. Mikäli konsultaatioita on lääkäreille esitetty, eivät ne sairaanhoitajien mukaan ole johtaneet mihinkään. Lisäksi hoitosuunnitelmia ei muutamaa yksittäistä lukuun ottamatta ole uudelleen arvioitu, joten ne voivat sisältää vanhentunutta tietoa.

”En ole enää hyväksyttänyt (lääkäreillä) niitä (hoitosuunnitelmia).” (sairaanhoitaja 3)

”Osaltahan et saa mitään vastausta (konsultaatioon)...” (sairaanhoitaja 5)

”Meillä taitaa olla ongelmana se, että niitä ei arvioida uudelleen koskaan... Yhden ainoan hoitosuunnitelmapäivityksen olen nähnyt.” (sairaanhoitaja 3)

9.2 Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelu

Esittelin osastonhoitajien fokusryhmähaastattelussa sairaanhoitajien fokusryhmähaastattelussa esille nousseen hoitosuunnitelmaprosessin haasteet herätettä apuna käyttäen (Liite 6). Kunkin yläluokan kohdalta avasin keskustelun taustoja alaluokkatasoille asti. Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelusta nousseet haasteet olivat varsin heterogeenisiä verrattuna sairaanhoitajien tuottamaan aineistoon. Osastonhoitajien nostamat hoitosuunnitelmaprosessin haasteet jaoin viiteen yläluokkaan, joita ovat suoritettavoitteet vähentäneet innostusta, vaatii työpanosta, annettuja ohjeita ei noudateta, hoitosuunnitelman idean sisäistäminen jäänyt ohueksi ja resurssien hallinta.

9.2.1 Suoritettavoitteet vähentäneet innostusta

Alkuvaiheessa hoitosuunnitelmille asetettiin määrälliset suoritettavoitteet, joita seurattiin ja seurataan tilastoinneilla. Osastonhoitajien käymässä keskustelussa pohdittiin, että liian tiukat suoritettavoitteet ovat vähentäneet sairaanhoitajien innostusta tehdä hoitosuunnitelmia. Keskustelussa pohdittiin myös, että sairaanhoitajilta on voinut hävitä hoitosuunnitelmaprosessin perusidea voimakkaan suoritepakotteen vuoksi.

”... onko tässä kuitenkin käynyt niin, että tässä on sellainen taloudellinen pakote suoritepakote niin voimakkaasti, että tämän koko homman perusidea on hoitajien näkökulmasta hukattu?” (osastonhoitaja 2)

9.2.2 Vaatii työpanosta

Osastonhoitajat totesivat, että kunkin asiakkaan ensimmäisen hoitosuunnitelman laatiminen on haastavin. Hoitosuunnitelmien ylläpitäminen on useimpien kohdalla helpompaa ja nopeampaa. Lisäksi osastonhoitajat katsoivat, että hoitosuunnitelmaprosessin kehittäminen vaatii paljon työtä.

”... tässä ollaan siinä alkuperäisessä ongelmassa, että miten me saamme kaikki meidät ymmärtämään tämän asian todellinen tärkeys ja hyöty, koska mikään hyöty ei tule heti, vaan jokainen, josta me haluamme saada hyötyä jatkossa, niin me joudutaan tekemään nyt siihen vähän enemmän töitä, kuin ehkä muuten.” (osastonhoitaja 2)

”... jos tästä pitäisi koko prosessista saada sellainen samanlainen työkalu, kuin kaikesta muustakin sellaisesta hoidollisesta, niin sen eteenpäin viemisessä olisi paljon työsarkaa eli että tämä ei olisi sellainen ihme kummajainen, mikä se tällä hetkellä on edelleenkin, että se koetaan hirveen raskaaksi.” (osastonhoitaja 4)

9.2.3 Annettuja ohjeita ei noudateta

Eräs osastonhoitajista koki hoitosuunnitelmaprosessin haasteeksi sen, että sairaanhoitajat eivät noudata annettuja ohjeita. Hänen kokemustensa mukaan esimiehen kanssa tai yhteisesti sovittuja asioita ei noudateta, jonka jälkeen vedotaan riittämättömiin resursseihin. Osastonhoitaja koki tämä turhauttavaksi. Toisaalta hän katsoi myös hoitosuunnitelmista olevan paljon hyötyä silloin, kun prosessia on noudatettu sovitusti.

”... jos me jotain sovitaan, niin niitä ei noudateta sitten, niin sekin on aika ärsyttävää, että sovitaan esimiehen kanssa, niin sitä sopimusta ei noudateta. Sitten aika ei riitä. Ei ole tarpeeksi resurssia.” (osastonhoitaja 1)

”Jos se prosessi menisi oikeasti niin kun se on sovittu menevän tai ajateltu menevän, niin kyllähän silloin niin kuin siitä on hyötyä. Iso hyöty, että on se tiimi ja hosu tehtynä.” (osastonhoitaja 1)

9.2.4 Hoitosuunnitelman idean sisäistäminen jäänyt ohueksi

Osastonhoitajien mielestä hoitosuunnitelman idean sisäistäminen on jäänyt ohueksi. Osastonhoitajien mukaan hoitosuunnitelmat osataan tehdä teknisesti, mutta sairaanhoitajat eivät ole ymmärtäneet hoitosuunnitelmaprosessia. Lähtökohdat hoitosuunnitelmaprosessiin käytetyssä ajassa on hajontaa eri terveysasemien välissä. Yleisesti prosessin jalkauttamiseen on kuitenkin käytetty paljon resursseja muun muassa Potku- ja Tervahankkeiden muodossa. Lisäksi osastonhoitajat kokivat, että sairaanhoitajat eivät ole oivaltaneet hoitajavetoisuusideaa hoitosuunnitelmassa.

”Mutta se oli kuitenkin aika mielenkiintoista, että se Potku käytti tähän niin valtavan paljon aikaa, että siellä oli se ihminen jalkauttamassa hoitosuunnitelmien tekoa, et siihen on oikeasti käytetty aikaa, että miksi se ei ole mennyt perille?” (Osastonhoitaja 1)

”Onko hoitajavetoisuus tullut tarpeeksi selväksi näissä keskusteluissa ja eteenpäinviennissä, niin se voi olla se ongelma.” (osastonhoitaja 4)

Osastonhoitajat kokivat, että vastuunottaminen on sairaanhoitajille edelleen haastavaa. Osastonhoitajien mukaan sairaanhoitajat eivät uskalla ottaa vastuuta, vaan toivovat lääkärin vahvistusta hoitosuunnitelmiin ja samalla siirtää vastuuta lääkärille.

"Onko se sitten vain edelleen sitä omaa epävarmuutta siihen, että lääkärin pitää lyödä se viimeinen leima?" (osastonhoitaja 1)

9.2.5 Resurssien hallinta

Osastonhoitajat totesivat resurssien hallinnan olevan haastavaa. Keskustelu resursseista ja niiden riittävydestä vilisi pitkin haastattelua. Osastonhoitajat myönsivät aikaresurssin riittämättömäksi. Aikaresursointia hankaloittaa lisäksi se, etteivät sairaanhoitajat laita hoitosuunnitelma-aikoja päiväohjelmiinsa sovitunlaisesti.

"Tässä on isot kakut kaikkia, ennen kuin resurssia saadaan ohjattua niin resursointi on kyllä todella haasteellista." (Osastonhoitaja 1)

"... olisi ihan mielenkiintoista tutkia sekin asia, mistä se johtuu, kun hoitajat tekevät itse omat kirjansa. Heille sanotaan, että laittakaa sinne kaksi tuntia joka viikolle ... Me voimme ihan vaikka avata meidän yksikön hoitajien kirjat, niin saatte nähdä itse kuinka moni on laittanut sinne kaksi tuntia hoitosuunnitelmaa varten." (Osastonhoitaja 2)

"Kyllähän se oikeasti on näin, että jos ei ole resursseja, niin ei kyllä mikään mihinkään etene." (Osastonhoitaja 4)

Hoitosuunnitelmiin käytettävässä aikaresursseissa oli huomattavaa vaihtelua eri terveysasemien välillä. Eräällä terveysasemalla ei hoitosuunnitelma-aikoja ollut päiväohjelmassa lainkaan, kun taas ääripäässä toisella terveysasemalla niitä oli viikoittain kolme aikaa kullakin pitkäaikaisvastaanotolla työskentelevällä sairaanhoitajalla. Tunnin vastaanottoaika jakoi osastonhoitajien mielipiteet. Lisäksi yhdellä terveysasemasta oli käytössä yhdistetty kontrolli- ja hoitosuunnitelma-aika, johon oli käytettävissä kaksi tuntia vastaanottoaika.

"Meillä on varattu se tunti ja minä taas katson, että se tunti pitää riittää." (osastonhoitaja 1)

"Tunti on lyhyt aika hoitosuunnitelmäkäynnillä." (osastonhoitaja 3)

"... olemme antaneet ohjeen, että laittaa sinne se kaksi tuntia, jolloin te saatte sen asiakkaan kontrolloitua ja tehtyä sen hoitosuunnitelman. Sinne jää silloin vastaanotolle aika ja jää hoitosuunnitelmalle aika." (osastonhoitaja 2)

Resursointia haastaa omalta osaltaan se, että osastonhoitajien mukaan sairaanhoitajat haluavat työskennellä muissakin työpisteissä, kuin pitkäaikaisvastaanotolla.

"Meillä on sitä sekä että, osa nauttii, kun saa mennä paikasta toiseen ja joku haluaa olla vaan siinä ja tehdä sitä vastaanottoa." (Osastonhoitaja 3)

Henkilöstöresurssi koettiin riittäväksi etenkin silloin, kun prosessia noudatetaan sovituslaaisesti. Henkilöstöresurssia heikentävät työntekijöiden poissaolot, eikä sijaisia ole helposti saatavilla. Jotkut osastonhoitajista antoivat omaa työpanostaan poikkeustilanteissa kenttätöyöhön.

”Ja sitten toisaalta se, että resurssithan tippuvat usein eri syistä johtuen, erilaisista tilanteista, sairaslomista ja jo mistäkin. Ei niihin vaan ole otettavissa äkkiä sijaisia. Se on yleensä, että itselläkin on vaan panos sitten kyllä kentällä, ja siihen jää kaikki, no seuranta kaiken muun ohella.” (osastonhoitaja 3)

”Minä olen tehnyt sen ratkaisun, että minä en mene kentälle, että minulla on se oma työni mitä minä hoidan...” (Osastonhoitaja 1)

9.3 Sairaanhoitajien 2. Fokusryhmähaastattelu

Esittelin sairaanhoitajien toisessa fokusryhmähaastattelussa osastonhoitajien fokusryhmähaastattelussa esille nousseet hoitosuunnitelmaprosessin haasteet herätettä apuna käyttäen (Liite 7). Kunkin yläluokan kohdalta avasin keskustelun taustoja alaluokkatasolle asti. Tästä fokusryhmähaastattelusta nousseet haasteet poikkesivat eniten aikaisemmista sairaanhoitajien ja osastonhoitajien aineistoista. Asiaan voi vaikuttaa se, että samoja tiedonantajia tutkittiin toistamiseen. Sairaanhoitajien toisessa aineistossa nostamat hoitosuunnitelmaprosessin haasteet jaoin neljään yläluokkaan, joita ovat hoitosuunnitelman päivittäminen, keskustelu hoitosuunnitelman hyödyistä jäänyt kesken, resurssien hallinta ja kuntaliitos.

9.3.1 Hoitosuunnitelman päivittäminen

Sairaanhoitajien toisessa fokusryhmähaastattelussa syntyi runsaasti keskusteltua hoitosuunnitelman päivittämisestä, joka koettiin haasteeksi. Päivittämisohjeista on tullut ristiriitaista tietoa. Sairaanhoitajan mukaan tähän asti on keskitytty lähinnä miettimään ensimmäistä hoitosuunnitelmaa eikä päivittämisestä ole tehty suunnitelmaa. Toisen hoitajan mukaan sairaanhoitajille on annettu ohjeeksi päivittää hoitosuunnitelmat vuosittain.

”Tämä on ehkä kaiken kaikkiaan sellainen asia, että minä olen tässä kyllä jo ajatellutkin, kun tulee aina vastaan niitä, että hoitosuunnitelma tehty 2013 tammikuussa ja sen jälkeen ei ole yhtään mitään, niin et varmaan sellainen asia, mitä en tiedä, onko täällä mietittykään, miten se toinen käynti ja jatko.” (sairaanhoitaja 3)

”Pitäisihän nämä vuosittain päivittää. Näin meille on sanottu ohjeeksi.” (sairaanhoitaja 2)

Sairaanhoitajat ovat yhtä mieltä siitä, että hoitosuunnitelmien päivittämisestä tulee muodostaa yhtenäinen käytäntö. He toteavat, että päivittämiseen on monta tapaa, riippuen käytävissä olevista resursseista.

”Yhtenäinen käytäntö. Se on johdon mietittävä.” (sairaanhoitaja 5)

”Tai yhdessä mietittävä sitten.” (sairaanhoitaja 3)

Pohdittaessa hoitosuunnitelmien päivityksiin korvamerkittyjä aikoja, on sairaanhoitajilla erilaisia ajatuksia. Keskustelussa todetaan, että 2,5 vuoden aikana on tehty jo jonkin verran hoitosuunnitelmia, joita ei ole päivitetty vielä kertaakaan. Toisaalta sairaanhoitajat katsovat hoitosuunnitelmia olevan vielä niin vähän, ettei niiden päivittämiseen korvamerkittyjä aikoja kannattaisi laittaa päiväohjelmiin.

”Minä en kyllä välttämättä lähtisi laittamaan korvamerkittyjä aikoja sinne päiväohjelmaan, kun niitä on niin vähän vasta niitä hoitosuunnitelmia.” (sairaanhoitaja 5)

Sairaanhoitajien mielipiteet eroavat vuosikontrollin yhteydessä päivitettävästä hoitosuunnitelmasta. Toisaalta osa sairaanhoitajista on sitä mieltä, että hyvässä hoitotasapainossa olevan asiakkaan vuosikontrollissa jää aikaa päivittää hoitosuunnitelma. Toisaalta vasta-argumenttina esitetään vuosikontrolliajan riittämättömyys sekä vuosikontrollin että hoitosuunnitelman päivittämisen toteuttamiseen. Myöskään 15 minuutin lisäys vuosikontrolliaikaan ei koeta riittävän hoitosuunnitelman päivittämiseen, koska vuodessa asiat ovat voineet muuttua merkittävästi ja hoitosuunnitelmassa on paljon kyseltäviä kohtia. Lisäksi sairaanhoitaja mainitsee, ettei halua tietoisesti tehdä kiirettä itselleen. Sairaanhoitajat ovat yhtä mieltä siitä, että olisi selkeämpää, että hoitosuunnitelman päivittämiseen varataan vuosikontrollikäynnillä erillinen vastaanottoaika.

” Ei sitä ehdi siinä samalla, jos sinä jonkun diabeteskontrollin teet tai astma-seurannat. Minulla ainakin menee kyllä se aika ihan siihen.” (sairaanhoitaja 5)

”Mutta kyllähän siinä riittää vähän semmoinen yksinkertainen kysymys, että sinulla on tämä hoitosuunnitelma tehty vuosi sitten, niin onko tilanne nyt ja onko tarvetta päivittää. Ja sitten varaa sen uuden ajan tai pyytää asiakasta varaamaan.” (sairaanhoitaja 3)

Ratkaisumalliksi ehdotetaan myös, että asiakkaalle tulostetaan aikaisempi hoitosuunnitelma ja hän lukee ja täydentää sen kotona. Täydentämisen jälkeen asiakas palauttaa hoitosuunnitelman terveysasemalle. Omahoitaja lukee hoitosuunnitelman ja tarvittaessa kutsuu asiakkaan vastaanotolle.

”Jotenkin minä pelkään sitä, että kun minä kysyn siitä (hoitosuunnitelmasta), niin se asiakas rupeaa vuolaasti kertomaan ja sitten me ei ehditä mitään muuta sitten tekemään, että minulla menee aivan se aikataulu sekaisin siinä. Sen takia minä ajattelen, että jos sen tulostaisi ja antaisi, että katsopa tämä ja palauta se minulle, että onko tämä ihan ok.” (sairaanhoitaja 5)

Sairaanhoitajien mielestä asiakkaan aikaa varattaessa tai hoitoa suunniteltaessa tulisi huomioida hoitosuunnitelman päivitys. Yksi vaihtoehto tähän olisi tiimipuhelin, jolloin tiimin sairaanhoitaja voisi katsoa, tarvitseeko hoitosuunnitelma päivittää ja paljonko siihen varataan aikaa. Aikaa varattaessa tulisi rutiinisti avata hoitosuunnitelma ja tarkistaa, tarvitseeko se päivittää.

”Tietysti, jos ne asiakkaat soittaisivat siihen tiimipuhelimeen sen ajanvarauksen niin, sittenhän se onnistuisi. Sinä voisit katsoa, että tehdään sinulle samalla se hoitosuunnitelman päivitys ja minäpä laitan itselleni tämän mittaisen ajan.” (sairaanhoitaja 5)

”Mutta onhan siinä sitten tavallaan juuri kun me ei varata itse niitä kontrolloaikoja, niin meillä on tavallaan ne, jotka on puhelimessa niin sitten rutiinisti pitäisi avata se hoitosuunnitelma ja rutiinisti tarkistaa, että hei päivitetäänkö me samalla tämä, koska tämä on tehty.” (sairaanhoitaja 3)

9.3.2 Keskustelu hoitosuunnitelmien hyödyistä jäänyt kesken

Sairaanhoitajien mukaan keskustelu hoitosuunnitelmien hyödyistä ja merkityksestä on jäänyt kesken. Potku-projektissa tuotiin hyvin ilmi, miksi hoitosuunnitelmia tehdään. Sairaanhoitajalle on jäänyt kuitenkin olo, ettei johto ole ymmärtänyt miksi hoitosuunnitelmia tehdään, vaan hoitosuunnitelmia tehdään, koska niitä kuuluu tehdä. Sairaanhoitajien mielestä ei ole viety loppuun sitä, miten hoitosuunnitelma käytännössä hyödyttää ja minkä takia niitä tehdään.

”Potkussa se tuotiin hyvin esille, kun meillä oli niitä Potkun esittelytilaisuuksia, että minkä takia näitä tehdään, mutta sitten johdolla oli vähän sellainen, ne ei oikein tiennyt, minkä takia näitä tehdään. Tai minulla oli ainakin sellainen olo, että niitä piti tehdä vaan sen takia, et näin kuuluu tehdä.” (sairaanhoitaja 5)

9.3.3 Resurssien hallinta

Resurssien hallinta on noussut hoitosuunnitelmaprosessin haasteeksi kaikissa kolmessa fokusryhmähaastattelussa. Sairaanhoitajat toteavat poissaolojen vaikuttavan resursseihin. Mikäli koko henkilökunta olisi paikalla suunnitellusti, jäisi hoitosuunnitelmien tekoon runsaasti aikaa. Vastaanottoja on jouduttu siirtämään paljon, jolloin hoitosuunnitelma-aikoja on käytetty muuhun vastaanottotyöhön.

”Silleenhän me olemme yrittäneet laittaa, että ohjelmassa olisi jokaisella yksi aika per viikko. Mutta nythän ne on syönyt hirveästi niitä hoitosuunnitelma-aikoja, kun ei ole vastaanottoja tai jos on ollut, niin niitä on jouduttu siirtämään, niitä omia päiviä. Niin kyllähän sinä yrität asiakkaalle tarjota ensim-

mäisen vapaan ajan ja jos se on hoitosuunnitelma-aika, niin sitten se menee johonkin muuhun asiaan.” (sairaanhoitaja 5)

Sairaanhoitajien mukaan ennalta laadittu hoitosuunnitelma-aika päiväohjelmassa auttaa hoitosuunnitelmien toteuttamisessa. Se muistuttaa sairaanhoitajaa, että hoitosuunnitelmia pitää tehdä. Etukäteen laadittuna se mahdollistaa ajanvarauksen. Muuten riittävää aikaa voisi olla hankala löytää.

”Se on sitten kuitenkin se mahdollisuus olemassa, että sinulla on siellä se aika sille olemassa, että jos se pitäisi vaan löytää sinne jostakin, niin se olisi ehkä hankalampaa.” (sairaanhoitaja 3)

Sairaanhoitajat toteavat, ettei Aavan alueella ole yhtenäistä käytäntöä aikaresurssin suhteen. Tiedonantajien työyksikössä sairaanhoitajien ehdotukset resursointiin, kuten yhdistettyyn vuosikontrolli-hoitosuunnitelmakäynti on saatu joustavasti läpi.

”Kyllähän todella joustavasti tuo kahden tunnin (vastaanottoaika), ei siitä hirveästi tarvinnut keskustelua käydä, että sai kahden tunnin ajan.” (sairaanhoitaja 3)

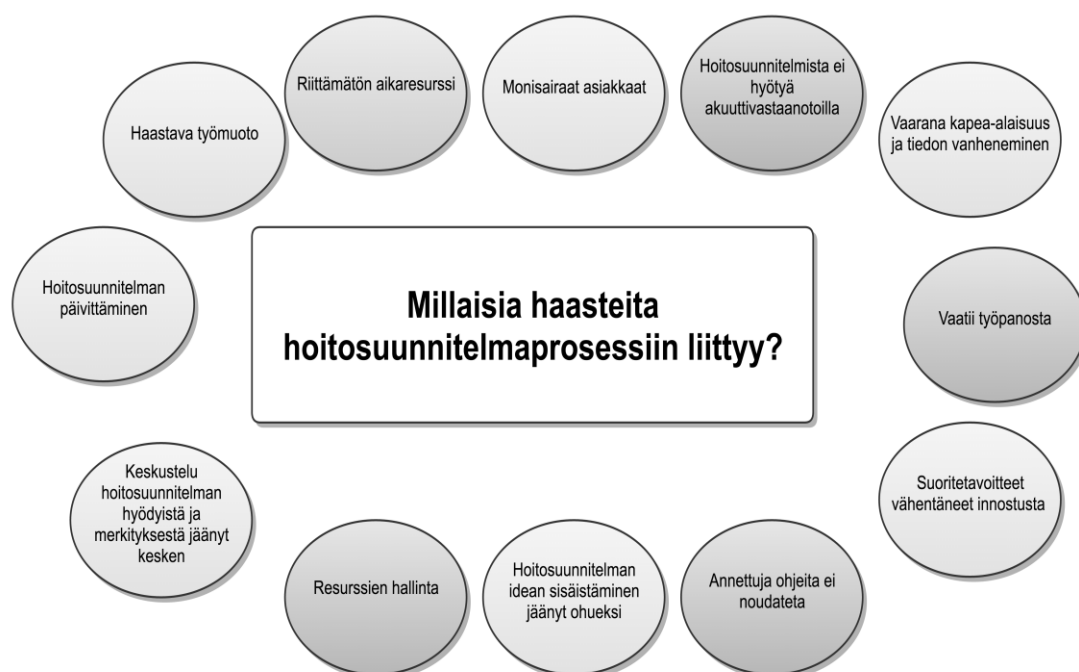
9.4 Yhteenveto tuloksista

Kuten edellä on mainittu, tunnistivat sairaanhoitajat ja osastonhoitajat runsaasti hoitosuunnitelmaprosessiin liittyviä haasteita. Kaikissa haastatteluissa on mainittu resurssien hallinta ja siihen liittyvät ongelmat. Kaikissa kolmessa fokusryhmähaastattelussa todetaan, että resurssit riittäisivät hyvin, jos yllättäviä poissaoloja ei ilmenisi. Nykyisellään hoitosuunnitelmaan varattu vastaanottoaika (60 minuuttia tai yhdistetty hoitosuunnitelma-kontrollivastaanotto 120 minuuttia) koettiin molempien ryhmien osalta riittävänä.

Sairaanhoitajat kokivat hoitosuunnitelman haastavaksi työmuodoksi. Osastonhoitajat mainitsevat fokusryhmähaastattelussaan, että ensimmäiset hoitosuunnitelmat vaativat eniten työpanosta. Tässä vaiheessa, kun hoitosuunnitelmia on vielä varsin vähän, on haaste käsillä parasta aikaa. Monisairaant asiakkaat lisäävät hoitosuunnitelmakäyntien haastavuutta, mutta toisaalta juuri monisairaant ja paljon terveystalvaeluita kuluttavat asiakkaat hyötyvät eniten hoitosuunnitelmasta. Sairaanhoitajien 2. Fokusryhmähaastattelussa ilmenee, ettei hoitosuunnitelmien päivittämiseen ole selkeää, yhtenäistä ohjetta. Sairaanhoitajien käsitykset päivittämisestä poikkeavat ryhmän sisäisestikin toisistaan. Osa sairaanhoitajista kokee, että se on vaikuttanut koko prosessin mielekkyyteen heikentävästi. Osastonhoitajien mukaan valmiiden hoitosuunnitelmien päivitys voidaan jatkossa integroida kontrollivastaanottokäynteihin. Sairaanhoitajat kokevat kontrollivastaanotot työläiksi ja aikaa vieviksi jo tällaisenaan ilman hoitosuunnitelman päivittämistä. 2. Sairaanhoitajien fokusryhmähaastattelussa pohdittiin erilai-

sia tapoja toteuttaa hoitosuunnitelmien päivittäminen. (Kts. Luku 8.3.1) Hoitosuunnitelmien päivittäminen on yksi teema, josta keskustelua on varmasti käytävä myös jatkossa.

Osastonhoitajat kokivat, että hoitosuunnitelman idean sisäistäminen on jäänyt ohueksi. Lisäksi eräs osastonhoitaja oli sitä mieltä, että haasteena on se, ettei annettuja ohjeita noudateta. Sairaanhoitajat vastaavasti kokivat, että keskustelu hoitosuunnitelmien hyödyistä ja merkityksestä on jäänyt kesken. Lisäksi kesken kehittämishankkeen tuli tieto Nastolan ja Lahden kuntaliitoksesta, joka vaikuttaanee suoraan myös terveystalveluiden organisointiin vuonna 2017. Kuntaliitos herätti sairaanhoitajissa kysymyksen, kannattaako Aavan sisäistä prosessia enää kehittää, koska kuntaliitoksen myötä toimintaohjeet voivat muuttua.



Kuvio 6: Millaisia haasteita hoitosuunnitelmaprosessiin liittyy?

10 Miten haasteisiin voidaan vastata?

Tässä luvussa esitellään, miten hoitosuunnitelmaprosessiin liittyviin haasteisiin voitaisiin vastata. Aineisto esitellään jälleen haastattelu kerrallaan aikajärjestyksessä. Yhteenvedossa esitellään tiivistetysti koko kehittämishankkeesta saadut ydintulokset tämän tutkimuskysymyksen kohdalta.

10.1 Sairaanhoidajien 1. Fokusryhmähaastattelu

Haastattelutilanteessa sairaanhoidajat pohtivat aktiivisesti, kuinka hoitosuunnitelmaprosessin haasteisiin voitaisi vastata. Sairaanhoidajat ehdottivat haasteisiin vastattavan koulutuksella ja yhteisillä pelisäännöillä, kontrollikäynnin ja hoitosuunnitelmakäynnin yhdistämisellä yhdeksi käynniksi sekä pitkäjänteisellä johtamisella. Edellä mainitut muodostavat kolme yläluokkaa.

10.1.1 Koulutus ja yhteiset pelisäännöt

Sairaanhoidajien mukaan hoitosuunnitelmaprosessin haasteisiin voitaisi vastata koulutuksella ja yhteisillä pelisäännöillä. Sairaanhoidajilla oli jo olemassa hyviä kokemuksia hoitosuunnitelmaan liittyvästä koulutuksesta ja auditoinneista. Sairaanhoidajat ehdottivat myös yhdessä laadittavaa käytännön mallia avuksi konkretisoimaan hoitosuunnitelmaa.

”...että se että näki niitä valmiita hoitosuunnitelmia, niin auttoi kyllä paljon enemmän kuin mikään muu.” (sairaanhoidaja 4)

” se että käytiin auditointina läpi sekä henkilökohtaisesti että sitten osastopalaverissa niitä, niin se oli hyvä, koska sitten näki itse juuri sen, että olisin voinut ehkä tehdä toisella tavalla tai minä olen onnistunut tässä.” (sairaanhoidaja 5)

”Pitäisi yhdessä miettiä se, mitä on järkevä olla hoitosuunnitelmassa, että se hyödyttäisi kaikista eniten sitä arkea.” (sairaanhoidaja 5)

10.1.2 Hoitosuunnitelma- ja vuosikontrollikäyntien yhdistäminen

Sairaanhoidajien keskustelussa nousi esiin yksi konkreettinen kehittämis ehdotus. Eräs sairaanhoidaja ehdotti, että kontrollikäynti ja hoitosuunnitelmakäynti tulisi yhdistää yhdeksi vastaanottokäynniksi. Ajatusta tukemaan tarvitaan riittävä aikaresurssi. Sairaanhoidajat kertoivat terveysaseman uudesta kokeilusta yhdistää molemmat käynnit kahden tunnin vastaanottoajal- la. Pitkistä käynneistä ei ensimmäisessä fokusryhmähaastattelussa ollut vielä juurikaan koke- musta.

”Ei puhuttaisi enää mistään kontrollikäynneistä, vaan se olisi hoitosuunnitelma.” (sairaanhoitaja 3)

”Että nyt tuli pitkäaikaissairaan kohdalla se kaksi tuntia, että jos tehdään vaikka diabeteskäynti... ja sitten samalla tämä hосу, niin se on silloin kaksi tuntia kirjaamisineen.” (sairaanhoitaja 5)

”Se riittävä aika, ja että se on mielekästä tehdä, että sinulla on aikaa tehdä se kunnolla.” (sairaanhoitaja 1)

10.1.3 Pitkäjänteinen johtaminen

Sairaanhoitajat kokivat pitkäjänteisen johtamisen tärkeäksi hoitosuunnitelmien haasteita ratkaistaessa. Pitkäjänteinen johtaminen voidaan jakaa edelleen alaluokkiin, joita ovat resurssien hallinta ja esimies hoitosuunnitelmien mahdollistajana. Johdolta odotetaan pitkäjänteistä suunnitelmallisuutta, jotta hoitosuunnitelmiin panostaminen konkretisoituisi, ja niiden alueellinen hyöty havaittaisi. Sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi pitkäjänteisemmän johtamisen.

”Juuri se, että mihin he itsekin suuntaavat katseensa, että ensi viikkoon vai kolmen vuoden päähän.” (sairaanhoitaja 3)

Resurssien hallinnan ydinkysymyksinä sairaanhoitajat kokivat riittävän henkilöstö- ja aika-resurssin sekä selkeämmän työnjaon henkilöstölle. Sairaanhoitajilta löytyi myös ymmärrystä, ettei resurssienhallinta tällaisenaan ole kenellekään helppoa. Osa sairaanhoitajista toivoi selkeämpää työnjakoa akuuttipuolen ja vastaanoton puolen kesken. Osa hoitajista koki voimavaraksi vastaanottopisteen vaihtelun.

”Se ei varmasti tällä työmäärällä ja henkilömäärällä ole kovin helppoa, kun pitää saada riittämään joka pisteeseen.” (sairaanhoitaja 5)

”Mutta ehkä sitten se painottaminen ja se, että meillä olisi vielä entistä selkeämmin ne ihmiset, jotka ottavat akuuttivastaanottoa, ja ne ihmiset, että tavallaan meillä on nyt jokaisella jonkun verran akuuttiaikoja ja jonkun verran pitkäaikaistaikoja.” (sairaanhoitaja 3)

”Antaahan se työhön hirveästi myös sitä ehkä jaksamisenkin kannalta, että siinä vaihtelet sitä pistettä...” (sairaanhoitaja 5)

Sairaanhoitajat kokivat myös esimiehen hoitosuunnitelmaprosessin mahdollistajana. Esimiehet päättävät, mitä asioita terveysasemalla pidetään tärkeänä. Lisäksi esimiehet muistuttelevat ja jopa vaativat hoitosuunnitelmien tekemistä. Lisäksi esimiehet miettivät, miten hoitosuunnitelmia saadaan lisättyä.

”Kenen työ on, ja mikä työ, täällä terveysasemalla on tärkeintä, niin he (johtajat) päättävät sen.” (sairaanhoitaja 1)

10.2 Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelu

Kuten aikaisempienkin tutkimuskysymysten kohdalla, esittelin herätteellä osastonhoitajille sairaanhoitajien näkemykset, kuinka hoitosuunnitelmaprosessin haasteisiin voidaan vastata. Taustoja avasin jälleen alaluokkatasolle asti. Tämän tutkimuskysymyksen kohdalla vastaukset olivat huomattavasti homogeenisempia sairaanhoitajien haastattelun kanssa kuin muissa osioissa. Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelun perusteella haasteisiin voidaan vastata koulutuksen, auditoinnin ja johtamisen avulla sekä kontrolli- hoitosuunnitelmakäyntien yhdistämisellä. Neljä edellä mainittua muodostavat tämän tutkimuskysymyksen yläluokat.

10.2.1 Koulutus

Osastonhoitajat totesivat, että koulutuksesta on hoitosuunnitelman osalta ollut hyötyä. Lisäkoulutus on tuonut sairaanhoitajille varmuutta ja uskallusta kantaa vastuuta. Osastonhoitajien mielestä hoitosuunnitelmasta tulisi pitää koko Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottojen yhteiskoulutus. Lisäksi koulutusten kohdentaminen esimerkiksi lääkäreille voisi olla hyödyllistä.

”... kun on näitä Aavan yhteisiä koulutuspäiviä, niin jälkiviisas on aina helppo olla, niin kauan kunnes tämä menee selkäyttimeen, niin pitäisikö olla myös ho- su joka kerta yhtenä aiheena?” (osastonhoitaja 2)

”... Sillä on varmasti iso vaikutus, että osa ja ne jotka on kouluttautunut enemmän niin niillä se on tutumpaa... Lisäkoulutus ehkä tuo sellaista varmuut- ta ja uskalletaan ottaa niistä päätöksistä vastuu.” (osastonhoitajat 4 & 1)

10.2.2 Auditointi

Auditoinnin todettiin olevan hyvä ja toimiva malli. Osastonhoitajien mukaan auditoinnilla voi- daan vastata osaltaan hoitosuunnitelmaprosessin haasteisiin.

”Se (auditointi) on varmaan yksi keino saada hoitosuunnitelman sisältöä kehi- tettyä.” (osastonhoitaja 1)

Osastonhoitajien haastattelussa ilmeni, että myös auditoinnissa oli hyvin kirjavaa käytäntöä Peruspalvelukeskus Aavan sisällä. Auditointi oli käytössä vain yhdellä terveysasemalla. Osalla terveysasemista sitä hyödynnettiin satunnaisesti. Potku-projektin aikana auditointia hyödyn- tiin laajemmin.

”Muistatteko, kun tehtiin hieno auditointityökalu , niin kuka on auditoinut ho- suja , ei meillä ainakaan.” (osastonhoitaja 1)

”Mutta meillä käytetään sitä jatkuvasti.” (osastonhoitaja 2)

10.2.3 Kontrolli- ja hoitosuunnitelmakäynnin yhdistäminen

Osastonhoitajat pitivät hyvänä ideana sairaanhoitajien ehdotusta yhdistetystä kontrolli- ja hoitosuunnitelmakäynnistä. Käypä Hoito- suositukset edellyttävät kuitenkin vuosittain kontroleja tietyille sairauksille. Lisäksi osastonhoitajat muistuttavat, että yhdistetyn käynnin tulee olla myös hoitosuunnitelmakäynnin sisällön mukainen. Heidän mielestään on itsestään selvää, että hoitosuunnitelma tulee päivittää, kun tieto muuttuu. Osastonhoitajien mukaan vuosi- kontrollissa voitaisi tehdä hoitosuunnitelman päivittäminen. Tarvittaessa aikaa voidaan joutua hieman pidentämään.

”Vuosikontrollissa voidaan aivan hyvin tehdä se hoitosuunnitelmakäyntitarkistus nimenomaan samalla käynnillä...” (osastonhoitaja 2)

10.2.4 Johtaminen

Osastonhoitajien mielestä suunnitelmallinen johtaminen on osa onnistunutta hoitosuunnitelmaprosessia. Osastonhoitajien mielestä heidän tulisi osata johtaa suunnitelmallisesti ja paremmin. Jokainen päivä tulee suunnitella tarkkaan. Johtamisella selkeytetään asioita, nostetaan esiin niiden merkityksiä ja osittain myös veloitetaan. Muuten asiat unohtuvat. Johtamisella mahdollistetaan hoitosuunnitelmat, seurataan niiden toteutumista ja tarvittaessa esimiehet ovat tukena. Sairaanhoitajat viittasivat haastattelussaan pitkäjänteiseen johtamiseen. Erään osastonhoitajan mukaan pitkäjänteisyys hoitosuunnitelmissa näyttäytyy tällä hetkellä hoitosuunnitelmien ahkerana työstämisellä.

”Ja totuus on se, että jos me laitamme sen katseen sinne kolmen vuoden kulluttua, niin me joudumme tekemään tällä viikolla, ensi viikolla, seuraavalla ja vielä kuukauden päästäkin ja ehkä puolen vuoden vielä aikamoinen työ.” (osastonhoitaja 2)

10.3 Sairaanhoitajien 2. fokusryhmähaastattelu

BIKVA-mallin mukaisesti esittelin herätteellä sairaanhoitajille osastonhoitajien näkemyksiä, kuinka hoitosuunnitelmaprosessin haasteisiin voidaan vastata. Taustoja avasin jälleen alaluokkatasolle asti. Tämän tutkimuskysymyksen kohdalla vastaukset olivat heterogeenisempia kuin aikaisemmissa aineistoissa. Sairaanhoitajien toisen fokusryhmähaastattelun perusteella haasteisiin voidaan vastata auditoinnin ja moniammatillisen yhteistyön avulla sekä terveys-

palveluiden suurkuluttajien tunnistamisella. Edellä mainitut muodostavat tämän tutkimusky-symyksen yläluokat.

10.3.1 Auditointi

Kuten kahdessa aikaisemmassakin aineistoissa, auditointi koettiin yhä hyväksi keinoksi, jolla hoitosuunnitelmaprosessin haasteisiin voidaan vastata. Sairaanhoitajien mukaan auditointi on avannut asiaa. On syntynyt yhteinen oivallus, ettei hoitosuunnitelman tarvitse olla moni-mutkainen. Auditointi on koettu sairaanhoitajien keskuudessa hyväksi malliksi. Etenkin vä-hemmän hoitosuunnitelmia tehneet sairaanhoitajat kokivat auditoinnin tärkeäksi. Sairaanhoi-tajien mukaan on kuitenkin hyödyllistä myöhemmässäkin vaiheessa, että kollega välillä katsoi-si hoitosuunnitelmaa ja antaisi siitä palautetta.

”Ehkä sitten se juuri se, että se siitä omankäsiala on tietyn näköistä , on pakko kirjoittaa tietyllä tavalla, niin itse sen ymmärtää, mutta se, että siitä sitten muutkin hyötyisivät, niin että välillä joku muu katsoisikin, että hei, mitä sinä oikein tällä tarkoitat.” (sairaanhoitaja 3)

Osa sairaanhoitajista haluaa saada hoitosuunnitelman valmiiksi ja pian postitettua asiakkaal-le, eikä analysoida sitä jälkeenpäin kollegan kanssa. Lisäksi osa hoitajista toivoo, että audi-toinnille järjestettäisi erillinen aika, jotta sitä ei tarvitsisi enää tehdä tavallisen työpäivän päälle.

”Ehkä siihen pitäisi järjestää sen tyyppisiä, kun meillä oli se yksi iltapäivä, et-tä siellä käytäisi läpi. Ei oikein työpäivän päätteeksi, et minäpäis tulen ja kat-sopas tämä.” (sairaanhoitaja 5)

10.3.2 Moniammatillinen yhteistyö

Aikaisemmissa aineistoissa olen luokitellut moniammatillisen yhteistyön sairaanhoitajien ko-kemuksiin hoitosuunnitelmaprosessista. Kehittämisprosessin mittaan moniammatillisuus käsit-teenä on saanut uusia muotoja ja se on muotoutunut keinoksi, jolla hoitosuunnitelmaproses-sin haasteisiin voidaan vastata.

Sairaanhoitajien mielestä hoitosuunnitelma olisi hyödyllistä tehdä joskus yhdessä toisen hoita-jan kanssa, jolloin hoitosuunnitelmaan tulisi laajennettu näkökulma. Lisäksi sairaanhoitajat lähettävät asiakkaita toiselle hoitajalle, jolloin toisen hoitajan käynti kirjataan hoitosuunni-telman suunnitelma-osioon.

"Joskus olisi ehkä ihan kiva tehdä vaikka hoitajan kanssa yhdessä, että sitten voisi yhdessä, niin että olisi asiakaskin paikalla." (sairaanhoitaja 3)

Eräällä sairaanhoitajista oli ollut hoitosuunnitelmäkäynnillä mukanaan sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Mikäli asiakkaan erityistarpeet ovat etukäteen tiedossa, voi muita ammattiryhmiä pyytää hoitosuunnitelmäkäynnille mukaan. Kesken vastaanottokäynnin se ei onnistu. Moniammatillisuus lääkärin kanssa toteutuu useimmiten, että hoitaja varaa asiakkaalle lääke-
rinvastaanottoajan, jonka puitteissa asiakkaan asiat hoidetaan.

"Minulla oli siinä yhdessä hoitosuunnitelmassa tekovaiheessa fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä mukana." (sairaanhoitaja 4)

Konsultaatioissa sairaanhoitajat kertovat kääntyvänsä lääkärin puoleen toisen hoitajan sijaan. Osa hoitajista ei ollut konsultoinut lainkaan toista hoitajaa hoitosuunnitelmaan liittyen. Vastaanottoajan puitteissa konsultaatio ei ole mahdollinen, jolloin konsultointi hidastaa hoitosuunnitelman valmistumista. Joissakin tapauksissa teksti on ehtinyt tallentua tietojärjestelmään, ennen kuin konsultaatioihin on saatu vastaukset.

"Sitten, jos odotat jotain Effica-viestejä, niin se ehtii mustua se teksti moneen kertaan."

Hammashoidon kanssa tehtävässä yhteistyössä todettiin olevan vaihtelua. Osa tiedonantajista ei ollut ohjannut ketään hammashoittoon. Osa sairaanhoitajista on ohjannut asiakkaita hammashoittoon, mikäli esitetolomakkeessa ilmenee ongelmia hampaiden hoidossa. Sairaanhoitajat kuitenkin pitävät yhteistyötä hammashoitolan kanssa hyvänä ideana. Suuhygienistin käynti on ennaltaehkäisevää hoitoa, jossa kartoitetaan hammashoidon tarvetta. Käynnillä ei varsinaisesti hoideta hampaita. Lisäksi sairaanhoitajien mukaan, asiakkaille on ollut epäselvää, että ennaltaehkäisevään hammashoittoon ylipäänsä pääsee.

"Monihan potilaista sanoo, että pääseekö tänne hammashoittoon. Pääseekö tänne muka? Pääsee, pääsee, mene vaan varaamaan aikaa." (sairaanhoitaja 1)

10.3.3 Terveyspalveluiden suurkuluttajien tunnistaminen

Sairaanhoitajat nostivat erääksi ratkaisuksi hoitosuunnitelmaprosessiin liittyen, terveyspalveluiden suurkuluttajien tunnistamisen. Suurkuluttajat asioivat erityisesti päivystyksessä, jolloin heitä voi olla hankala tunnistaa vastaanoton puolella. Päivystyspoliklinikalta ei ole tullut aloitteita, että asiakkaalle voitaisi tehdä hoitosuunnitelma. Terveyspalveluiden suurkuluttajia kuitenkin päivystyksessä tunnistetaan ja he ovat päivystyksessä työskenteleville hoitajille jo

varsin tuttuja. Paljon palveluita tarvitsevalle asiakkaalle voisi antaa päivystyksestä käsin suoraan ajan hoitosuunnitelmaa varten.

”Ne ovat kuitenkin siellä (päivystys) hoitajan pakeilla ja huomaavat, että tämä käy paljon” (sairaanhoitaja 1)

”Niin, että tämä käy joka viikko. Nehän ne tuntee ne ulkonäöltä ja tietää niiten.” (sairaanhoitaja 3)

10.4 Yhteenveto tuloksista

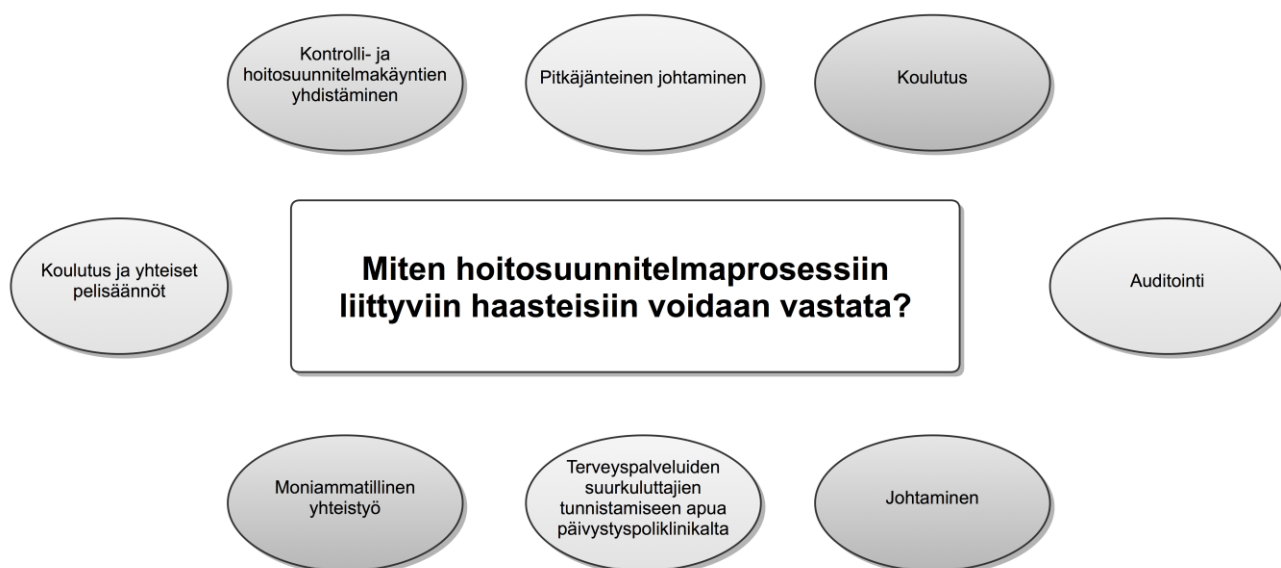
Kaikissa kolmessa fokusryhmähaastatteluissa pohdittiin myös, kuinka hoitosuunnitelmaprosessin haasteisiin voidaan vastata. Sekä sairaanhoitajat että osastonhoitajat mainitsevat koulutuksen olevan eräs tärkeä keino vastata haasteisiin. Ensimmäisessä haastattelussa sairaanhoitajat toivoivat myös yhteisiä pelisääntöjä, kuinka hoitosuunnitelmassa tulee toimia. Osastonhoitajien mukaan yhteiset pelisäännöt ovat jo olemassa.

Sekä sairaanhoitajat että osastonhoitajat mainitsevat auditoinnin tärkeäksi työmuodoksi. Auditointi ei ole ollut käytössä kaikilla peruspalveluskeskus Aavan terveysasemalla. Auditoinnin edut korostuivat prosessin käyttöönottovaiheessa, mutta siitä koettiin olevan hyötyä myös myöhemmässä vaiheessa. Osastonhoitajan mukaan auditoinnille ei enää ole varattu erillistä aikaa. Sairaanhoitajat sen sijaan toivoivat, että auditoinnille osoitetaan erillinen ajankohta, ettei se olisi irrallisena muun työn lisäksi.

Konkreettisesti aikataloudellisiin haasteisiin voidaan vastata yhdistetyllä hoitosuunnitelma- ja kontrollivastaanottokäynnillä. Tuolloin vuosikontrollin yhteydessä asiakkaalle laaditaan hoitosuunnitelma. Idea nousi esiin jo ensimmäisessä sairaanhoitajien fokusryhmähaastattelussa. Osastonhoitajat puolsivat näkymistä. Molemmat ryhmät olivat kuitenkin sitä mieltä, ettei yhdistetty käynti saa verottaa osaansa kummaltakaan käynnin osalta, vaan yhdistetyllä vastaanottokäynnillä tulee pureutua sekä hoitosuunnitelmaan että pitkäaikaissairauden vuosikontrolliin.

Moniammatilinen yhteistyö on eräs keino vastata hoitosuunnitelmaprosessin haasteisiin. Haastattelujen myötä keskustelu ja tiedonantajien näkemykset moniammatillisuudesta ja sen ilmenemisestä käytännön työssä kehittyivät haastattelu haastattelulta. Moniammatillisuutta hyödyntämällä voidaan vastata esimerkiksi monisairaiden asiakkaiden tarpeisiin. Lisäksi viimeisessä sairaanhoitajien fokusryhmähaastattelussa idea moniammatillisuuden hyödyntämisestä konkretisoitui ideaksi, jossa päivystyspoliklinikalta tunnistettaisi monisairaita, paljon terveystaleluita tarvitsevia asiakkaita, jotka ohjattaisi vastaanoton puolelle hoitosuunnitelmaa varten.

Sairaanhoitajien ja osastonhoitajien mielestä pitkäjänteinen ja suunnitelmallinen johtaminen on osa onnistunutta hoitosuunnitelmaprosessia. Johtamisella selkeytetään asioita, nostetaan esiin niiden merkityksiä ja osittain myös velvoitetaan. Johtamisella mahdollistetaan hoitosuunnitelmat. Johtamisessa merkittäväksi koettiin resurssien hallinta, jonka ydinkysymyksinä sairaanhoitajat kokivat riittävän henkilöstö- ja aikaresurssin sekä selkeämmän työnjaon henkilöstölle. Osastonhoitajat kokivat, että heidän pitäisi osata johtaa entistä suunnitelmallisemmin ja paremmin. Sairaanhoitajilta löytyi myös ymmärrystä, ettei resurssienhallinta tällaiseen ole kenellekään helppoa. Ensimmäisessä fokusryhmähaastattelussa sairaanhoitajat kokivat, että johtaminen on melko lyhytjännitteistä, kun mietitään lähinnä sitä, miten selviydytään tästä päivästä tai tästä viikosta. Vastaanottotyö on asiantuntijatyötä, johon päteviä sijaisia ei ole helposti saatavissa, vaan usein työt joudutaan organisoimaan uudelleen. Terveysaseman akuuttitoimintojen tulee toimia päivittäin. Näin ollen pitkäaikaisvastaanottojen aika ja saatetaan joutua perumaan ja tässä yhteydessä hoitosuunnitelmalle varattuja aikoja saatetaan muuttaa kontrolliajoiksi. Resurssien hallinta on ikuisuuskyksymys, jonka ratkaiseminen on vain osa koko hoitosuunnitelmaprosessiin liittyviin haasteisiin vastaamista.



Kuvio 7: Miten hoitosuunnitelmaprosessiin liittyviin haasteisiin voidaan vastata?

11 Johtopäätökset

Kehittämishanke tuotti monipuolisen aineiston, jota tarkastelemalla on nähtävissä yhtenevyyksiä ja eroavaisuuksia sairaanhoitajien ja osastonhoitajien näkemysten välillä. Joissakin teemoissa näiden kahden ryhmän näkemykset poikkesivat huomattavan paljon toisistaan. On selvää, että kehittämistyön jatkuessa on tärkeää keskustella juuri näistä teemoista ja yrittää löytää asioihin yhteinen näkemys. Taulukkoon 2 olen kuvannut niitä teemoja, joissa aineistossa ilmeni ristiriitaisuutta sairaanhoitajien ja osastonhoitajien näkemysten välillä. Taulukkoa voi hyödyntää konkreettisesti keskustelun herättäjänä kehittämistyötä jatkettaessa.

Teema	Sairaanhoitajien näkemys	Osastonhoitajien näkemys
Moniammatillisuus	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitajavetoista toimintaa - Ei yhteisiä vastaanottoja lääkäreiden kanssa - Konsultointi hankalaa 	<ul style="list-style-type: none"> - Prosessin kuuluukin olla hoitajavetoinen - Monipuolinen moniammatillisuus (mm. asiantuntijasairaanhoitajat, suun terveydenhuolto, sosiaalitoimi ym.) - Moniammatillisuus on siis muutakin kuin hoitaja-lääkäri yhteistyötä
Hoitajan ääni hoitosuunnitelmissa	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitosuunnitelmista tulee ilmetä sekä hoitajan että asiakkaan ääni - Hoitajan ääni mm. konkreettisten tavoitetasojen kirjaamisena hoitosuunnitelmaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitosuunnitelma täysin asiakaslähtöinen - Numeerisia tavoitetasoja ei hoitosuunnitelmassa tarvita
Vastuukysymykset	<ul style="list-style-type: none"> - Ei poikkea muusta vastaanotto-työstä 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitosuunnitelma lisännyt sairaanhoitajien vastuuta
Suoritetavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> - Auttoivat alkuun pääsyssä 	<ul style="list-style-type: none"> - Vähentäneet innostusta hoitosuunnitelmien tekemiseen
Auditointi	<ul style="list-style-type: none"> - Hyvä toimintatapa - Tarvitaan erillinen auditoinnille suunniteltu aika 	<ul style="list-style-type: none"> - Ei käytössä kaikilla terveys- asemilla - Erillistä aikaa ei tarvita, vaan tehdään muun työn lomassa
Hoitosuunnitelman päivittäminen	<ul style="list-style-type: none"> - Ei suunnitelmaa - Ei yhtenäistä sovittua käytäntöä - Mielipiteet toteuttamisesta heterogeenisia myös sairaanhoitajaryhmän sisällä 	<ul style="list-style-type: none"> - Päivittäminen jatkossa normaalilla kontrollivastaanotolla

Taulukko 2: Tutkimusaineistosta ilmenevät ristiriidat sairaanhoitajien ja osastonhoitajien näkemysten välillä.

Moniammatillisuus näyttäytyy eri tavalla ruohonjuuritason työssä ja johtamisessa. Vastaanototilanteessa sairaanhoitaja voi kokea olevansa hoitosuunnitelman kanssa yksin, vaikka johdon näkökulmasta hänellä on käytettävänä monenlaisia konsultaatiomahdollisuuksia. Jo tämän kehittämisprosessin myötä sairaanhoitajien keskustelu moniammatillisuudesta kääntyi pois perinteisestä sairaanhoitaja-lääkäriyhteistyöstä. Näin ollen keskusteltu, kannustaminen ja

konkreettisten esimerkkien antaminen moniammatillisuudesta voi auttaa sairaanhoitajaa hoitosuunnitelmaprosessin luotsina.

Hoitajan ääni hoitosuunnitelmissa oli yksi ristiriitaisimpia teemoja. Sairaanhoitajat kokivat molemmissa haastatteluissa konkreettisten tavoitetasojen auttavan asiakasta pääsemään tavoitteisiinsa. Osastonhoitajien mielestä tavoitetasojen tietäminen ja ohjaaminen kuuluvat sairaanhoitajan ammattitaitoon, mutta niitä ei kuuluisi kirjata hoitosuunnitelmalle. Osastonhoitajien mukaan hoitosuunnitelmaan kirjataan asiakkaan esiin nostavat asiat. Aihe vaatii keskustelua ja lisäargumentointia molemmilta ryhmiltä. On selvää, että useimmat asiakkaat tarvitsevat edelleen konkreettisia tavoitteita tai mittareita, joiden avulla myös sairaanhoitajan on helppo seurata asiakkaan kokonaistilannetta. Olisiko hoitosuunnitelmaan tarpeen kirjata asiakkaan asettama oma tavoite sekä yksilöllinen, lääketieteellisesti perusteltu tavoite esimerkiksi painon, verenpaineen ja verensokerien suhteen? Tällainen kirjaamismalli toisi esiin kootusti asiakkaan oman kannan sekä asiakkaalle asetetut lääketieteellisesti perustellut tavoitetasot. Hoitosuunnitelmaan kirjattuna ne auttaisivat myös maallikkoasiakasta hahmotamaan paremmin omaa tilannettaan.

Vastuukysymyksiin liittyen asetelma oli mielenkiintoinen. Osastonhoitajilta nousi ajatus siitä, että hoitosuunnitelmat ovat lisänneet sairaanhoitajien työn vastuuta. Sairaanhoitajat olivat itse eri mieltä. Aihe ei ole aineistossa merkittävässä roolissa, mutta antanee johdolle signaalia, ettei vastuu uuden työmuodon myötä ole sairaanhoitajien mielestä kasvanut. Suoritetavoitteet niin ikään koettiin johdon taholta vähentäneet innostusta hoitosuunnitelmaprosessiin liittyen. Sairaanhoitajat itse kokivat kuitenkin, että tietty suoritettava on auttanut hoitosuunnitelmien alkuun pääsyssä. Toisaalta realistinen suoritettava toimii myös konkreettisenä muistuttimena, että hoitosuunnitelmia tulee edelleen tehdä.

Tutkimuskysymys keinoista, joilla hoitosuunnitelmiin voidaan vastata tuotti homogeenisimman aineiston. Sairaanhoitajat ja osastonhoitajat olivat pääsääntöisesti keinoista yhtä mieltä. Erääksi vahvaksi keinoksi oli molemmissa ryhmissä koettu auditointi. Auditointi ei kuitenkaan ollut koko Peruspalvelukeskus Aavassa käytössä. Toinen haaste oli se, ettei auditoinnille tässä vaiheessa ole varattu enää erillistä aikaa, vaan johdon näkemys on, että auditointi hoituu muun työn lomassa. Sairaanhoitajat toivoivat auditoinnille erillistä suunniteltua aikaa.

Yhdistetyistä kontrolli- ja hoitosuunnitelmäkäynneistä keskusteltaessa molemmat ryhmät olivat samaa mieltä, ettei kummankaan käynnin merkitys saa vähetä. Tällä hetkellä ensimmäisiä hoitosuunnitelmia tehdään yhdistetyillä pidennetyillä vastaanottoajoilla. Tämä on koettu niin sairaanhoitajien kuin esimiesten taholta hyväksi ratkaisuksi. Käytäntö ei kuitenkaan ole yhtenäinen koko Peruspalvelukeskus Aavan alueella. Mikäli hoitosuunnitelman päivittäminen lisätään normaaliin kontrollivastaanottoon ilman lisäaikaa, tuottaa se sairaanhoitajille kiirettä ja

vaarana on joko kontrollivastaanoton tai hoitosuunnitelman päivityksen tai jopa molempien heikentymisen.

11.1 Hoitosuunnitelmaprosessin päivittäminen

Hoitosuunnitelmaprosessin suureksi teemaksi nousi hoitosuunnitelmien päivittäminen. Tähän asti hoitosuunnitelmia on ollut tehtynä melko vähän, joka on johtanut siihen, että hoitosuunnitelmien päivittämiseen ole laadittu yhtenäistä käytäntöä. Tämän etenkin sairaanhoitajat kokivat taakkana. Tutkimushaastatteluissa pureuduttiin erilaisiin toteutusmalleihin, joilla päivittäminen voitaisi toteuttaa. Esimiesten mukaan hoitosuunnitelma voidaan päivittää jatkossa tavallisella kontrollikäynnillä. Sairaanhoitajien näkemykset aiheesta poikkesivat selvästi jopa ryhmän sisällä. Hoitosuunnitelman päivittäminen onkin siis yksi suurimpia yksittäisiä teemoja jatkossa. Taulukkoon 3 olen koonnut erilaisia ratkaisumalleja hoitosuunnitelman päivittämiseen. Taulukkoa voi hyödyntää jatkossa konkreettisesti keskustelun herättäjänä kehittämistyötä jatkettaessa.

Hoitosuunnitelman päivittämisen ratkaisuehdotukset

- Hoitosuunnitelmat päivitetään tavallisella kontrollivastaanotolla ilman lisäaikaa
- Kontrollikäynnillä varataan erillinen aika hoitosuunnitelman päivittämistä varten
- Hoitosuunnitelman päivittämiseen varataan 15 minuuttia pidempi aika kontrollivastaanotolle
- Tulostetaan asiakkaalle aikaisempi hoitosuunnitelma, jonka asiakas täydentää kotona ja palauttaa terveysasemalle. Palautuksen jälkeen hoitaja ottaa tarvittaessa yhteyttä asiakkaaseen
- Tiimipuhelimen hyödyntäminen yhdistetyn kontrollivastaanoton ja hoitosuunnitelman päivityskäynnin varaamisessa ja hoitosuunnitelma-asiakkaiden tunnistamisessa

Taulukko 3: Hoitosuunnitelman päivittämiseen liittyvät ratkaisumallit

Ajanvaraukseen liittyvän yhtenevän käytännön lisäksi Peruspalvelukeskus Aavassa tulisi mielestäni linjata, mitä hoitosuunnitelman päivittäminen pitää laadullisesti sisällään. Yhtenäinen päivittämiskäytäntö vähentäisi päivittämiseen liittyvää epävarmuutta. Pidän todennäköisenä, että hoitosuunnitelmia päivitetään ahkerammin, kun sairaanhoitajilla on tiedossa, miten päivittäminen käytännössä tehdään. Jatkossa Peruspalvelukeskus Aavan yhteisissä hoitosuunnitelmaprosessiin liittyvissä kehittämistilaisuuksissa olisikin tärkeää käydä avointa keskustelua erilaisista hoitosuunnitelman sisällölliseen päivittämisen malleista ja muodostaa niistä yhtenäinen käytäntö arjen työkaluksi.

Lisäksi raporttia työstäessäni jäin pohtimaan, miten tilastoilla tullaan jatkossa erottamaan ensimmäinen hoitosuunnitelma ja päivitetty hoitosuunnitelma. Mikäli ne tilastoidaan samalla tavalla, on jatkossa epäselvää, paljonko uusia hoitosuunnitelmia tehdään ja mikä osuus hoitosuunnitelmatilastoissa on päivitettyjen hoitosuunnitelmien osuus. Mielestäni juuri päivitysten

määrä on jatkossa jopa uusia hoitosuunnitelmia kiinnostavampi tieto, koska päivittämiseen liittyvällä tilastoinnilla voidaan arvioida ja osoittaa todellinen hoidon jatkuvuus.

Taulukkoon 4 olen koonnut vielä omaan pohdintaani liittyen seikkoja, joita olisi hyvä huomioida hoitosuunnitelman päivittämiskäytäntöä kehitettäessä.

Hoitosuunnitelman sisällölliseen päivittämisen kehittämisessä huomioitavia asioita
<ul style="list-style-type: none"> - Yhtenäinen käytäntö hoitosuunnitelmien sisällön päivittämiseen - Kehittäminen avoimen keskustelun kautta Peruspalvelukeskus Aavan yhteisissä kehittämistilaisuuksissa? - Hoitosuunnitelmapäivitysten tilastointi: Kuinka erotetaan jatkossa ensimmäiset hoitosuunnitelmat ja hoitosuunnitelmapäivitykset? - Päivitettyjen hoitosuunnitelmien tilastoinneista suoraa tietoa konkreettista hoidon jatkuvuudesta.

Taulukko 4: Hoitosuunnitelman sisällöllisen päivittämisen kehittämisessä huomioitavia asioita

11.2 Jatkokehittämisessä huomionarvoisia teemoja

Kehittämishankkeen aineistossa ilmenee myös runsaasti yhteneväisyyksiä sairaanhoitajien ja osastonhoitajien näkemysten välillä. Molemmista ryhmistä nousi esiin tärkeitä ajatuksia ja uusia ideoita, joita olisi jatkossa tärkeä huomioida kehittämistyössä. Olen koonnut muutamia tällaisia teemoja taulukkoon 5. Taulukkoa laatiessa olen hyödyntänyt osin myös teoreettisesta viitekehyksestä nousevia ajatuksia. Taulukkoa voi sellaisenaan hyödyntää jatkossa konkreettisesti keskustelun herättäjänä kehittämistyötä jatkettaessa.

Jatkossa kehittämisessä huomioitavia teemoja

- Riittävät resurssit (huomioidaan sekä johtamisessa ja perustyössä aikojen luomisena päiväohjelmiin sovitunlaisesti)
- Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen
- Koulutus (tiedon päivittäminen), yhteiset pelisäännöt ja jatkuva audintointi
- Monisairaiden asiakkaiden kasvaviin tarpeisiin vastaaminen
- Terveyspalveluiden suurkuluttajien tehokas tunnistaminen eri toimipisteissä (lääkärin- ja sairaanhoitajien vastaanotot, päivystys, muut yhteistyötahot)
- Jatkuva keskustelun käyminen mm. hoitosuunnitelmien hyödyistä
- Ajattelumallin muutoksen kehittäminen edelleen pois akuuttikeskisestä ajattelusta kohti kokonaisvaltaista, ennaltaehkäisevää ajattelua

Taulukko 5: Jatkossa kehittämisessä huomioitavia teemoja.

Riittävä resursointi on osoittautunut ikuisuusongelmaksi. Vastaanottotyö on asiantuntijatehtävä, johon on harvoin tarjolla osaavia sijaisia. Näin ollen työstä poissaolot haavoittavat vastaanottotyötä merkittävästi. Pitkäaikaikäykynnit ovat useimmiten ne, joita joudutaan poissaolojen vuoksi peruuttamaan. Johtamisessa on hyvä jatkossakin huomioida poissaolojen haasteet. On selvää, ettei tässä taloustilanteessa lisäresurssien järjestäminen ole helppoa tai usein edes mahdollista.

Resursseista keskusteltaessa on merkittävää myös se, että sairaanhoitajat luovat päiväohjelmiinsa sovitunlaisesti hoitosuunnitelma-aikoja. Aineistosta ilmenee, etteivät sairaanhoitajat ole luoneet sovitunlaisesti hoitosuunnitelma-aikoja. Toisaalta aineistosta ilmenee myös se, että vastaanottoja peruutettaessa asiakkaille halutaan tarjota uutta aikaa mahdollisimman lähelle, jolloin hoitosuunnitelma-aikoja saatetaan muuttaa tavallisiksi kontrollikäynneiksi. Aineistosta ilmenee lisäksi se, että osalla Peruspalvelukeskus Aavan terveysasemilla ei tällä hetkellä ole lainkaan suunniteltuja hoitosuunnitelma-aikoja sairaanhoitajilla. Tämä selittänee osaltaan luvun 12 taulukkoa 5, josta ilmenee, että osassa Peruspalvelukeskus Aavan terveysasemista hoitosuunnitelmien määrä on ollut selvässä laskussa edellisvuoteen nähden.

Moniammatillinen yhteistyö on olennainen osa onnistunutta hoitosuunnitelmaa. Moniammatillisuuden hahmottaminen on tässä kehittämishankkeessa osoittautunut erilaiseksi johdon ja sairaanhoitajien näkökulmasta. Moniammatillisesta yhteistyöstä kannattanee siis keskustella jatkossakin ja suunnitella yhdessä toimintatapoja ja keinoja, joilla moniammatillisuutta olisi helpompi hyödyntää päivittäisessä työssä. Toteutuessaan myös Peruspalvelukeskus Aavan alueella päätökseonteontuki -toiminnosta tietojärjestelmässä voi olla osaltaan hyötyä moniammatillisuuden kanavoinnissa ja päivittäisessä ongelmanratkaisussa.

Teoreettisesta viitekehyksestä ilmenee, että pitkäaikaissairaiden asiakkaiden määrä tulee jatkossa vain nousemaan. Nousutahtia selittää väestön ikääntyminen ja ongelmat asiakkaiden

elintavoissa ja perussairauksien hoidossa (Sydäntutkimussäätiö 2015). Hoitosuunnitelmalla työotteena on mahdollista vastata tähän kasvavaan ongelmaan. Palveluiden kohdentaminen monisairaille asiakkaille olisi siis jatkossa entistä tärkeämpää. Lisäksi terveyspalveluiden suurkuluttajien tunnistamiseen olisi tärkeää löytää eri toimipisteiden välistä yhteistyötä, jolloin mahdollisimman monet hoitosuunnitelmasta hyötyvät asiakkaat tunnistettaisiin ja saataisiin hoitosuunnitelman piiriin. Peruspalvelukeskus Aavassa ei tällä hetkellä ole erityisiä asiakasvastaavia, vaan pitkäaikaissairaat asiakkaat hoidetaan erillisissä hoitotiimeissä. Teoriatiedon perusteella asiakasvastaavatoiminnasta on kuitenkin saatu varsin hyviä kokemuksia eri puolilta Suomea. Jatkossa onkin tärkeää huomioida keskustelussa ja kehittämisessä alueellisen osaamisen ja voimavarojen lisäksi tutkittua tietoa.

Jatkuvan keskustelun käyminen pitää hoitosuunnitelman ajankohtaisena teemana. Keskustelun olisi hyvä olla kaksisuuntaista, jolloin keskustelussa huomioidaan tasavertaisesti sekä vastaanottotyötä tekevien sairaanhoitajien että esimiesten näkemyksiä. Vuosittaiset koko Peruspalvelukeskus Aavan kehittämispäivät voisivat olla yksi foorumi, jossa keskustelua päästäisi käymään yli terveyskeskusrajojen. Myös kuukausittain kokoontuvat kaikkien terveysasemien osastonhoitajat voisivat käydä säännöllisesti hoitosuunnitelmaan liittyvää keskustelua.

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta ja lääkärit tietävät terveys- ja hoitosuunnitelman hyödyt, mutta käytännössä hoitosuunnitelmia ei avoterveydenhuollossa ole tehty. Ongelmana on se, että avoterveydenhuollossa asiakkaita on totuttu hoitamaan akuutti-mallien mukaan (Saarelma ym. 2010, 27). Tämän vuoksi onkin tärkeä pyrkiä työryhmässä ja koko yhteiskunnan tasolla ajatusmallin muutokseen pois akuutti-keskeisestä ajattelusta kohti kokonaisvaltaista asiakkaan hoitoa. Tällainen muutos vaatii toimintatavan ja ajattelun muuttumista niin ammattihenkilöiltä kuin asiakkailtakin. Muutos vaatii aikaa ja systemaattista työskentelyä ajattelumallin muuttumiseksi. Konkreettisella tasolla se tarkoittanee sitä, että ison mittakaavan muutos saadaan aikaan vain yksitellen ammattihenkilö ja asiakas kerrallaan.

12 Kehittämishankkeen arviointi

Tässä luvussa arvioidaan kehittämishankkeen vaikuttavuutta sekä kehittämishankkeeseen liittyviä eettisiä ja luotettavuuteen vaikuttavia kysymyksiä.

12.1 Kehittämishankkeen vaikuttavuus lyhyellä aikavälillä

Tämän kehittämishankkeen vaikuttavuutta olen pyrkinyt arvioimaan hoitosuunnitelmatilastojen avulla. Hyvä ja laadukaskaan tuotos ei takaa vaikuttavuutta, joka voidaan nähdä vasta myöhemmin. Kun vaikuttavuutta ei suoraan mitata, sen tehoa voidaan kuitenkin epäsuorasti arvioida. (Konu, Rissanen, Ihantola & Sund 2009, 286.) Tässä kehittämishankkeessa vaikuttavuuden arvioinnin mittarina olen käyttänyt hoitosuunnitelmatilastoja.

Aavan Hoitosuunnitelmat kunnittain 1.1 - 31.8.2015

Kotikunta	Sisältömerkintä	Vuosi		Vrt %
		2014/*	2015/*	
Kunta 1	Hoitosuunnitelmakäynti	32	4	-87,5%
Kunta 2	Hoitosuunnitelmakäynti	35	14	-60,0%
Kunta 3	Hoitosuunnitelmakäynti	7	1	-85,7%
Kunta 4	Hoitosuunnitelmakäynti	6	38	533,3%
Kunta 5	Hoitosuunnitelmakäynti	24	25	4,2%
Yhteensä		129	92	-28,7%

Taulukko 6: Peruspalvelukeskus Aavan hoitosuunnitelmatilastot 1.1-31.8.2014 ja 1.1-31.8.2015

Taulukossa 6 on kuvattuna Peruspalvelukeskus Aavan tilastoidut hoitosuunnitelmakäynnit tammi-elokuulta vuosilta 2014 ja 2015. Varsinainen kehittämistyö tehtiin Kunnassa 5. Esiaineisto tuotettiin kunnassa 4. Osastonhoitajien haastatteluun osallistuivat osastonhoitajat kaikista kunnista. Taulukosta 5 ilmenee, että Kunnissa 1-3 hoitosuunnitelmien määrä oli selvässä laskussa vuoteen 2014 nähden. Näistä kunnista kehittämistyöhön osallistuivat vain osastonhoitajat. Sen sijaan Kunnassa 4 oli tehty jo elokuun loppuun mennessä yli kuusinkertainen määrä hoitosuunnitelmia edellisvuoteen verraten.

Kunnassa 5, missä varsinainen kehittämishanke toteutettiin, tilastoituja hoitosuunnitelmia oli kolmen ensimmäisen vuosineljänneksen aikana tehty yksi enemmän kuin samassa aikajänteessä edellisvuonna. Aineistosta ilmenee, että yksikön tavoitteena on ollut toteuttaa yksi hoitosuunnitelmakäynti joka viikko per jokainen pitkäaikaistiimin sairaanhoitaja. Tutkimushankkeeseen osallistui viisi sairaanhoitajaa. Pelkästään tutkimuksen otoksella tästä tavoitteesta on jääty selvästi.

Otoskoot jäävät varsin pieniksi. Sen lisäksi tilastointivirheet saattavat vaikuttaa lukuihin. Siksi tilastojen perusteella pitävien johtopäätösten tekeminen on varsin hankalaa. Tilastoa voi muuttaa merkittävästi yksittäistenkin sairaanhoitajien muutos omassa toiminnassaan puoleen tai toiseen. Lisäksi kesän ajan supistettu toiminta terveysasemilla vääristää tilastoja. Käytännössä kehittämishankkeen jälkeen hoitosuunnitelmia on ehditty laatia reilun kahden kuukauden ajan. Näin lyhyessä ajassa tuskin muutoksen oletetaan tapahtuvan.

Aiheen valinnassa pidin tärkeänä sen ajankohtaisuutta ja konkreettista hyötyä käytännön työelämässä. Peruspalvelukeskus Aavan tarve kehittää hoitosuunnitelmaprosessia vastasi molempiin ajatuksiini. Lisäksi aiheena hoitosuunnitelmaprosessin kehittäminen kokosi hyvin yhteen opintosuuntaukseni molemmat osiot, sekä terveyden edistämisen että työelämän kehittämisen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli aikaansaada muutos hoitohenkilökunnan toiminnassa ja saada hoitosuunnitelmien määrä kääntymään nousuun Peruspalvelukeskus Aavassa. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää Peruspalvelukeskus Aavan hoitosuunnitelmaprosessia yhdessä henkilöstön kanssa. Tutkimustuloksia voidaan suoraan hyödyntää johtamisessa ja Peruspalvelukeskus Aavan hoitosuunnitelmaprosessin kehittämisessä. Kehittämishankkeesta saatu hyöty on merkittävä etenkin henkilöstön, mutta myös asiakkaiden ja lopulta yhteiskunnan näkökulmasta.

Hoitosuunnitelma auttaa pitkäaikaissairasta asiakasta hahmottamaan omat tavoitteensa, parantamaan omahoitoaan sekä parantamaan asiakkaan keskeisiä hoitotuloksia, kun häntä hoidetaan kokonaisuutena (Komulainen, Mäkinen, Rintala & Mäntyranta 2012, 175). Etenkin diabetesta sairastavien asiakkaiden on todettu hyötyvän hoitosuunnitelmasta myös terveydenhuollon näkökulmasta (Iljanne-Parikka 2013, 28).

Tämän kehittämishankkeen tutkimuksellisen osion tuloksena saatiin selville sairaanhoitajien ja osastonhoitajien kokemuksia hoitosuunnitelmaprosessista ja sen haasteista. Lisäksi saatiin selville ehdotuksia, kuinka hoitosuunnitelmaprosessiin liittyviin haasteisiin voidaan vastata. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli saavuttaa muutos sairaanhoitajien arkityössä ja saada tilastoitujen hoitosuunnitelmakäyntien määrä nousuun. Tilastojen perusteella tässä on onnistuttu vain osassa Peruspalvelukeskus Aavan kunnista. Osassa kuntia vaikuttavuus on ollut selvästi negatiivinen. Parhaat tilastot saatiin yksiköistä, joista kehittämishankkeeseen kerättiin esiaineisto ja tehtiin varsinainen kehittämistyö. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää hoitosuunnitelmaprosessia yhdessä henkilöstön ja esimiesten kanssa. Tavoite saavutettiin hyvin ja kehittämishankkeen tutkimustuloksia on jatkossa mahdollista hyödyntää johtamisessa. Kaikkiaan kehittämistyön vaikuttavuutta on mahdollinen arvioida vasta pidemmällä aikajänteellä.

Tutkimushankkeen tietoperustana toimiva terveyshyötymalli ja sen osa-alueet nousevat hyvin esille aineisosta, vaikka en tutkinutkaan asiakkaan kokemia terveyshyötyjä. Etenkin terveyshyötymallin elementit ilmenevät tutkimustuloksissa hyvin.

Tutkimus- ja kehittämistyö on ollut mielenkiintoista, mutta samalla haastavaa. Se on tarjonnut minulle runsaasti oppimiskokemuksia, vaikka kehitettävä aihepiiri olikin minulle työni puolesta entuudestaan tuttu. Kehittämiselle koettiin selkeä tarve Peruspalvelukeskus Aavassa, joka lisäsi tutkimuksen ja kehittämisen mielekkyyttä. Kehittämishanke on vaatinut minulta asioiden organisointia ja tarkkaa ajankäytön suunnittelua. Etenkin tutkimusvaiheessa aikataulu oli tiivis, koska edellisen tutkimusvaihe piti saada valmiiksi analysoitua ennen seuraavaa vaihetta. Aikaa vaiheiden välissä oli 3-4 viikkoa, jonka aikana litteroin ja analysoin kunkin aineiston. Tiivis aikataulu sitoutti minut tiiviisti kehittämishankkeeseen. Tutkimusvaiheen aikataulutuspiti erinomaisesti. Kehittämishankkeen raporttina toimiva opinnäytetyö jäi lopulta aikataulutavoitteestaan noin kuukauden verran. Saman verran myöhässä pääsen toteuttamaan kehittämishankkeen tiedonantajille osoittamani yhteenvetotilaisuudet Peruspalvelukeskus Aavassa.

12.2 Eettiset kysymykset

Uuden tiedon tuottamisen lisäksi yleinen tieteen arvo on pyrkimys riippumattomuuteen ja itsenäisyyteen (Kuula 2011, 25). Tämän kehittämishankkeen olen toteuttanut korkeaa etiikkaa noudattaen. Pohdin eettisiä kysymyksiä kaikissa kehittämishankkeen vaiheissa. Eettinen ajattelu on kykyä pohtia omien ja yhteisön arvojen kautta sitä, mikä on oikein ja väärin (Kuula 2011, 21). Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tutkijalta riittävää tieteellistä tietoa, taitoa ja hyviä toimintatapoja tutkimuksen teossa sekä toimittaessa tiedeyhteisössä ja yhteiskunnassa (Kuula 2011, 34).

Tarve kehittämishankkeelle oli havaittu hoitosuunnitelmien määrällisellä vähyydellä. Pohdittavanani olikin, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Kielteisen tutkimusasetelman muuttaminen neutraaliksi kehittämishankkeeksi oli ensimmäisiä tämän kehittämishankkeen konkreettisia eettisiä ongelmia. Ongelmaratkaisun taustalla käytin tiedekirjallisuutta sekä kävin keskusteluja työelämäohjaajan sekä opinnäytetyön ohjaavan yliopettajan kanssa.

Tutkijat tekevät omaa tutkimustyötään koskevat eettiset ratkaisunsa ja vastaavat niistä (Kuula 2011, 25). Lähdekritiikki on väline eettiseen tutkimukseen ja luotettavuuden arviointiin. Lähdekritiikkiä harjoittaessaan tutkija kiinnittää huomiota lähteen aitouteen, riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen ja puolueettomuuteen. (Mäkinen 2006, 128.) Kehittämishankkeen raportin teoreettisen viitekehyksen lähteet olen valinnut kriittisesti. Lainattavat teokset ovat

pääsääntöisesti ensikäden lähteitä eli primaarilähteitä. Lähteitä olen pyrkinyt käyttämään monipuolisesti tuoden esiin erilaisia näkökulmia ilmiöstä ja käymään dialogia aikaisemman tiedon ja omien tutkimustulosteni välillä. Dialogia hankaloitti merkittävästi akateemisen tutkimustiedon puuttuminen aiheesta. Dialogia olen käynyt harkitusti soveltaen olemassa olevaan tietoon.

Tutkimukseen osallistuminen oli tiedonantajille vapaaehtoista. Henkilötietolaki (1999) edellyttää tiedonantajien informointia tutkimuksen aiheesta, tiedollisesta tavoitteesta, aineiston käsittelystä ja kohtalosta. Tässä kehittämishankkeessa laadin tiedonantajille saatekirjeen (liite 1), jossa kerroin tutkimuksesta ja pyysin heiltä suostumusta haastatteluun (liite 2). Peruspalvelukeskus Aavan johtava hoitaja toimitti saatekirjeet sähköpostitse tiedonantajille hyvissä ajoin ennen haastatteluja. Haastattelutilanteisiin olin varannut kullekin tiedonantajalle paperiversion saatekirjeestä ja suostumusasiakirjasta. Ennen haastattelua tiedonantajilla oli aikaa lukea saatekirje ennen suostumuksen antamista. Osa tiedonantajista oli allekirjoittanut suostumusasiakirjan jo edeltävästi. Tiedonantajat palauttivat suostumusasiakirjan haastattelussa allekirjoittaneelle.

Tutkimuksen osallistumispäätökseen vaikuttaa usein se, mitä osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa. Tiedonantajille tulee selvittää, mitä tehdään ja mitä tutkimukseen osallistuminen tiedonantajalta edellyttää. Käytettävät tiedon tallennevälineet tulee esitellä tiedonantajille ennen suostumuksen pyytämistä. Myös haastatteluun käytettävä aika on hyvä ilmoittaa etukäteen (Kuula 2011, 106-107.) Tässä kehittämishankkeessa haastattelutilanteet olivat tiedonantajille työaikaa ja kehittämishankkeeseen osallistuminen oli varmistettu työnantajan kautta varaamalla aika tutkimushaastatteluun. Kuulan (2011, 108) mukaan vapaaehtoisuutta tulee korostaa, eikä tiedonantajille saa tulla vaikutelma, että heidän on osallistuttava tutkimukseen tai muutoin sillä voi olla heille negatiivisia seurauksia. Vielä juuri ennen haastatteluja ilmaisain tiedonantajille osallistumisen perustuvan vapaaehtoisuuteen ja kerroin mahdollisuudesta kieltäytyä kehittämishankkeeseen osallistumisesta.

Aineiston litteroin huolellisesti huomioiden kaikki sanat, äännähdykset ja pidemmät tauot. Raportissa lainaukset olen muuttanut yleiskielelle, jotta tiedonantajaa ei voisi niiden perusteella tunnistaa. Tiedonantajatunnisteena olen käyttänyt tiedonantajan ammattinimikettä. Tiedonantajan numeroinnin perusteena oli se, missä järjestyksessä tiedonantajat puhuivat haastattelun alussa. Sairaanhoidtajien haastattelussa numerointi on yhtenäinen molemmissa haastatteluissa. Tunnistetietoja olen käyttänyt raportissa tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Tunnistetiedoilla voidaan osoittaa, ettei saadut tulokset perustu yksittäisten tiedonantajien lausumiin. Pohdin tässä kehittämishankkeessa tiedonantajien tunnistettavuuden ongelmaa. Tiedonantajat ovat osa pientä joukkoa, jonka tunnistamisessa vaaditaan organisaation sisäistä tuntemista. Tiedonantajat voivat olla tunnistettavissa organisaation sisällä työn-

tehtävänsä tai asemansa vuoksi. Tämän vuoksi yksilön tunnistettavuuden ongelma on raportissa jollakin tasolla olemassa. Toisaalta raportista ei ilmene tutkittavien nimiä tai toimipisteitä, joten ulkopuolisen lukijan on mahdoton tunnistaa yksittäisiä tiedonantajia.

Kehittämishankkeessa käsiteltiin tiedonantajien henkilökohtaisia kokemuksia, joihin suhtauduin kunnioittavasti ja hienotunteisesti. Tiedonantajat olivat keskenään tuttuja entuudestaan. Haastattelutilanteissa oli myönteinen ja luotettava ilmapiiri. Haastattelutilanteiden pitäminen rentoina edistää mielestäni luontevaa keskustelua. Haastattelutila oli rauhallinen. Aikaa oli varattu runsaasti. Tutkijana pidin itseni samalla viivalla tiedonantajien kanssa ja pyrin välittämään heille tunteen, että olen aidosti kiinnostunut työskentelystä heidän kanssaan.

Tiedonantajilla oli mahdollisuus olla yhteydessä allekirjoittaneeseen kehittämishankkeeseen liittyvissä asioissa. Suostumusasiakirjat ja haastatteluiden äänitallenteet tallensin ja varmuuskopioin tietokoneelleni salasanasuojauksella. Tallennetut tiedot eivät ole voineet päätyä ulkopuolisten tietoisuuteen. Aineiston analyysissa noudatin tarkkuutta ja etenin vaihe vaiheelta sisällön analyysin mukaisesti. Tiedonantajat saavat koostetusti tietoonsa kehittämishankkeen tulokset yhteenvetotilaisuudessa. Opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen tuhoan asianmukaisesti kehittämishankkeen suostumusasiakirjat ja äänitallenteet sekä poistan sähköpostista haastattelujen yksityiskohtiin (mm. ajankohdat, paikat) liittyvät asiakirjat.

12.3 Luotettavuuden arviointi

Tieteellisen tutkimuksen lähtökohtana on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkitavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Laadullista tutkimusta tekevä työskentelee usein yksin, jolloin hän saattaa sokeutua omalle tutkimukselleen. Laadullista tutkimusta onkin kritisoitu holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmästä, jolla tarkoitetaan tutkijan vakuutuneisuudesta omien johtopäätöstensä oikeellisuudesta ja todenmukaisuudesta, vaikka niin ei välttämättä ole. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Riski on olemassa myös tässä kehittämishankkeessa, koska toimin tutkijana yksin. Tässä kappaleessa olen pohtinut tämän tutkimuksen ja kehittämishankkeen luotettavuuteen liittyviä seikkoja.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa on kyetty tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.)

Kyngäksen, Elon, Pölkin, Kääriäisen ja Kansten (2011, 147) tutkimuksen mukaan suomalaisessa hoitotieteellisessä laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteerejä käytettiin harvoin,

vaikka luotettavuuden arviointi olisi edennyt kriteerien mukaisesti. Tutkimuksen mukaan tutkijan pitää pystyä osoittamaan aineiston ja tulosten välinen yhteys. Suorien lainausten käyttö on keskeistä tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Riskinä liiallinen suorien lainausten käyttö, jolloin analyysin tulokset jäävät heikosti raportoitua. (Kyngäs ym. 2011, 147.)



Kuvio 8: Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Tutkimuksen **uskottavuus** edellyttää tulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää kuinka aineiston analyysissä on toimittu ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Samalla voidaan tarkastella tulosten validiteettia eli tulosten oikeellisuutta tai pätevyyttä eli onko tutkimuksessa mitattu niitä asioita, joita oli tarkoitus mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198, Saaranen-Kauppinen & Puustniekka 2009). Aineiston ja tulosten riittävä kuvaaminen on merkittävä luotettavuuskysymys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Tässä kehittämishankkeen raportissa olen kuvannut aineiston, analyysin ja tulokset seikkaperäisesti. Lisäksi olen käyttänyt kuvioita, taulukointia ja liitteitä, jotka tukevat tarkkaa raportointia. Tämän kehittämishankkeen tulosten validius on mielestäni onnistunut varsin hyvin. Fokusryhmähaastattelulla saatiin rikas ja runsas aineisto, jolla onnistuttiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin.

Vahvistettavuus edellyttää tutkijalta systemaattista tutkimusprosessin aukikirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Raportin kirjoittamisessa tutkija hyödyntää omia muistiinpanojaan prosessin eri vaiheista. Ideana on kuvata esimerkiksi aineiston avulla, miten tutkija on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Vahvistettavuuden kriteeri on osin ongelmallinen, koska laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkintaan aineistoista. Todellisuuden moninaisuus hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa. Erilaiset tulkinnat voivat osaltaan lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Omassa tutkimusprosessissani täsmällisen tutkimuspäiväkirjan pitämisestä on ollut merkittävästi hyötyä. Tutkimuspäiväkirjan hyöty konkretisoitui raportin laadintavaiheessa, koska tuolloin haastatteluista oli kulunut aikaa useampia kuukausia. Kehittämishanke kattoi neljän analysoitua aineistoa: esiaineiston ja kolme haastatteluaineistoa. Hankkeen edetessä huomasin kehittyväni myös tutkijana ja sisällön analyysin suorittajana. Viimeisessä haastatte-

lussa analysoin osan materiaalista eri otsakkeiden alle kuin kahdessa ensimmäisessä haastattelussa. Tämä voi johtua henkilökohtaisesta kehityksestäni tutkijana ja toisaalta ilmiön kehittymisestä haastattelujen myötä.

Refleksiivisyys edellyttää, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen toteuttajana. Tutkimuksen tekijän on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa tutkimusprosessiin ja aineistoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Työskentelen itse Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottopalveluissa, mutta eri terveysasemalla kuin kehittämishankkeeni tehtiin. Olen pyrkinyt pitämään omat ennakkokäsitykseni, mielipiteeni ja kokemukseni tutkittavasta ilmiöstä kehittämishankkeen ulkopuolella. Olen pyrkinyt toimimaan tietoisesti mahdollisimman objektiivisesti kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa ja tarkastelemaan tietoa ulkopuolisen silmin. Objektiivisuuden lisäämiseksi kehittämistoiminta toteutettiin eri yksikössä, kuin missä itse työskentelen. Lisäksi olin kehittämishankkeen aikaan pitkällä opintovapaalla omasta työstäni, mikä osaltaan helpotti ulkopuolisen tutkijan rooliin asettautumisessa.

Siirrettävyydellä viitataan siihen missä määrin tulokset voisivat olla siirrettävissä toiseen kontekstiin. Siirrettävyyden edellytyksenä on huolellinen tutkimusympäristön kuvaaminen, osallistujien valinnan ja taustojen selvittäminen sekä aineiston keruun ja analyysin huolellinen kuvaaminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Laadullisen tutkimuksen siirrettävyyteen ei ole yksiselitteistä tulkintaa, koska yksilöiden kokemukset ovat aina yksilöllisiä. Tässä kehittämishankkeessa haettiin tietoa yksittäisen organisaation työntekijöiden ja esimiesten kokemuksista hoitosuunnitelmaprosessista. Tulokset perustuvat vahvasti kokemukselliseen tietoon, johon vaikuttanee vahvasti tutkimuskonteksti sekä tiedonantajien koulutus, työkokemus, arvot ja kiinnostuksenkohteet. Tutkimustulokset eivät ole sellaisinaan siirrettävissä edes toiseen Peruspalvelukeskus Aavan toimipisteeseen, vaan saatuja tuloksia voidaan hyödyntää soveltaen.

Kehittämistoiminnassa tärkein luotettavuuden mittarin on tiedon käyttökelpoisuus. Tiedon tulee olla totuudenmukaista, mutta myös kehittämistoiminnan kannalta hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121-122.) Tämän kehittämishankkeen tulokset vastaavat alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin hyvin ja näin ollen tarjoavat kohdeorganisaatiolle uutta tietoa hoitosuunnitelmaprosessin kokemuksista ja haasteista. Lisäksi tuloksissa on pohdittu kuinka haasteisiin voidaan vastata. Tuloksia voidaan hyödyntää tällaisenaan hoitotyön johtamisessa ja hoitosuunnitelmaprosessin kehittämisessä.

13 Pohdinta ja jatkotukimusiheet

Maailmanlaajuisesti väestön ikääntyminen ja lisääntyneet pitkäaikaissairaudet ovat haastaneet uudella tavalla koko terveydenhuoltojärjestelmän. Yhteiskunnan muutospaineet ovat edistäneet asiakaslähtöisten toimintamallien kehittämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa (Leväluoto & Kivisaari 2011, 7). Terveys- ja hoitosuunnitelma on esimerkki uudenaikaisesta toiminta- ja ajattelutavasta, jonka tavoitteena on muun muassa asiakaskeskeisyys ja asiakkaan voimaantuminen (Komulainen ym. 2011, 12). Toimintatapana se mahdollistaa asiakkaan kohtaamisen kokonaisuutena, aikaisemman sairauskeskeisen ajattelun sijaan. Terveys- ja hoitosuunnitelma auttaa pitkäaikaissairasta asiakasta hahmottamaan omat tavoitteensa ja sitoutumaan niihin. (Järvi 2013, 3056.)

Avosairaanhoidon hoitosuunnitelmia on kehitetty valtakunnallisesti useiden hankkeiden kautta. Yksi merkittävimpiä hankkeita on ollut Kaste-ohjelman alainen Väli-Suomen Potkuprojekti, jonka alaisuudessa avosairaanhoidon hoitosuunnitelmia on laadittu jo yli 14 000 ympäri Suomea (Oksman ym. a). Kuitenkin on näyttöä siitä, ettei hoitosuunnitelma ole saavuttanut toivottua jalansijaa työmuotona. Peruspalvelukeskus Aavassa havaittu ilmiö on siis valtakunnantasolla oleva ongelma.

On mielenkiintoista pohtia, miksei uudenlainen työmuoto ole ottanut riittävästi tuulta purjeisiinsa. Hoitosuunnitelma vaatii uudenlaista ajattelu- ja toimintatapaa niin asiantuntijoilta kuin asiakkailtakin. Aikaisemmin terveydenhuollossa on totuttu toimimaan sairauskeskeisesti ja akuuttimallien mukaisesti. Uusi kokonaisvaltainen työmuoto vaatii muutosta omaan ajatteluun ja toimintaan. Muun muassa Potku-hanke ja sen edeltäjät ovat tarjonneet terveydenhuollon henkilöstölle runsaasti tietoa ja koulutusta aiheesta. Päijät-Potku projektissa toimintatavan juurruttamisessa hyödynnettiin jokaisessa työyksikössä toimineita terveyshyötyvalmentajia, jotka auttoivat ja opastivat hoitosuunnitelmassa henkilökohtaisesti työyksiköissä. Peruspalvelukeskus Aavassa terveyshyötyvalmentajat opastivat sairaanhoitajia kädestä pitäen hoitosuunnitelmissa ja olivat jopa mukana kunkin sairaanhoitajan kanssa tekemässä ensimmäisiä hoitosuunnitelmia. Aiheeseen on panostettu paljon. Se lisää ristiriitaa toteutuneiden hoitosuunnitelmin vähäisestä määrästä.

Ajattelutavan muutokset ovat tapahtuneet varsin nopeasti, maailmanlaajuisestikin 15 vuoden aikana. Merkittävä ajattelumallin ja kulttuurin muutos voi vaatia toteutuakseen pitkän ajan ja systemaattista muutostyötä. Pirisen (2014) mukaan muutoksessa henkilö ottaa uusia tehtäviä vastaan, luopuu vanhoista toimintamalleista ja opettelee tekemään työtä asioita uudella tavalla. Eniten oppimista vaaditaan silloin, kun yksilö tekee asioita, jotka eivät ennestään kuulu hänen vahvuusalueisiin. Tähän voi mielestäni rinnastaa sairauskeskeistä ajattelutavasta luopumisen uuden kokonaisvaltaisen, asiakaskäslähtöisen ajattelumallin tieltä. Mikäli muutoksiin

ei ole totuttu, voi suuri muutos aiheuttaa lamaantumisen. Näin tapahtuu usein pitkän työuran tehneille työntekijöille, joiden voi olla vaikea sopeutua suuriin muutoksiin. (Pirinen 2014, 180-181). Sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön ikärakenne on muita ammattiryhmiä korkeampi. Vuonna 2012 Työvoiman ja koulutuksen tarvetutkimuksen mukaan terveydenhuoltoalan henkilöstöstä noin 40% oli yli 50-vuotiaita. (Ahvenjärvi 2013, 11.) Korkea ikärakenne voisi osaltaan selittää toimintamallin juurtumisen hitautta.

Muutos toiminta- ja ajattelutavoissa edellyttää myös asiakkailta muuttuvaa ajattelutapaa. Pitkäaikaissairaat ovat entistä iäkkäämpiä (Sydäntutkimusäätiö 2015), jolloin ajattelumallin muutos myös asiakaskunnassa on hitaampaa. Muutos vaatii myös asiakkailta oppimista ja asennetta. Muutosvastarintaa voi ilmetä työntekijöiden lisäksi asiakkaissa. Muutosvastarinnan taustalla ajatellaan helposti olevan yksilöiden kielteinen asenne muutosta ja kehittämistä kohtaan. Toisaalta kriittisesti suhtautuva asiakas tai työntekijä työstää aktiivisesti muutosta ja pyrkii suhteuttamaan omaa tekemistään kehittyvässä tilanteessa ja on näin ollen kehittämisen näkökulmasta hyödyllisempi kuin asiaan täysin välinpitämättömästi suhtautuva henkilö. (Ala-Laurinaho 2014.)

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli saada muutos Peruspalvelukeskus Aavan hoito-henkilökunnan toiminnassa ja saada hoitosuunnitelmien määrä kääntymään nousuun. Kehittämishankkeen vaikuttavuutta mitattiin hoitosuunnitelmatilastoilla, joissa muutokset olivat merkittäviä vain yhden terveysaseman kohdalta. Vaikuttavuuden luotettava arviointi onnistuu toki jälkikäteen, mutta suorat tilastot herättävät eittämättä kysymyksiä.

Kehittämistyötä toteuteltiin osallistamalla hoitohenkilöstöä ja esimiehiä kartoittamalla heidän näkemyksiään kehitettävästä hoitosuunnitelmaprosessista. Kehittämishankkeessa pyrin käsittelemään muutospainetta konkreettisesti arkisen työn tasolla. Yhteiset linjaukset eivät muutu yksilöiden ja sitä kautta koko yhteisön oppimiseksi ilman sitä, että kukin yksilö reflektoi omaa toimintaansa ja pohtii, miten henkilökohtaisia toimintatapoja tulisi muuttaa yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Samalla yksilö arvioi ratkaisujen mielekkyyttä ja toimivuutta (Ala-Laurinaho 2014.)

Tämän kehittämishankkeen tutkimustuloksia on tarkoitus hyödyntää vastaanottotoiminnan johtamisessa ja hoitosuunnitelmaprosessin kehittämisessä. Tämä kehittämistyö tarjoaa Peruspalvelukeskus Aavan esimiehille ja henkilöstölle konkreettista tietoa prosessista, sen haasteista ja keinoista, joilla haasteisiin voidaan vastata. Isommassa mittakaavassa voi tämän hankkeen nähdä muutosta edistävänä toimena. Pysyvä muutos edellyttää hankkeen jälkeen Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottotyön henkilöstöltä ja esimiehiltä aitoa halua ja herkkyyttä kehittää hoitosuunnitelmaprosessia ja työstää sitä tietoisesti kohti päämäärää.

Suoraan paikallistasolla jatkettavana kehittämistyönä olisi mielestäni mielenkiintoista selvittää asiakasnäkökulmaa hoitosuunnitelmiin liittyen, jolloin BIKVA- mallia voitaisiin täysin hyödyntää. Asiakas näkökulmasta on hyötyä palveluita kehittäessä ja kohdennettaessa. Tässä vaiheessa hoitosuunnitelmaprosessi on ollut Peruspalvelukeskus Aavassa käytössä niin pienessä mittakaavassa, ettei asiakkailla katsottu olevan riittävästi kokemusta aiheesta. Hoitosuunnitelmien yleistyminen avaa täysin uuden tietokanavan.

Yleisellä tasolla mielestäni olisi tärkeä tutkia jatkossa kuinka asiakkaan omahoito ja hoitoon sitoutuminen parantuvat hoitosuunnitelman avulla. Mielenkiintoisia olisi myös tietää parantavatko hoitosuunnitelmat potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Koen akateemisten tutkimusten puuttumisen aiheesta merkittävänä puutteena. Tällä hetkellä aiheesta saatavilla oleva merkittävä materiaali on valtakunnallisten hankkeiden (mm. POTKU) ja THL:n tuottamaa. Tämä selittynee sillä, että terveys- ja hoitosuunnitelma on varsin tuore työmuoto.

Lähteet

- Ahvenjärvi, H. 2013. Työvoiman ja koulutuksen tarvetutkimus 2012. ELY-keskuksen raportteja 21/2013. Viitattu 9.10.2015. https://www.ely-keskus.fi/documents/10191/261408/Tyovoiman_ja_koulutuksen_tarvetutkimus_2013_sosiaali-ja_terveydenhuolto.pdf/4bb224f0-5ba1-4015-862d-79dfc42deb45
- Ala-Laurinaho, A. 2014. Osallistava kehittäminen. Työterveyslaitos. Viitattu 9.10.2015. http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiesty/muutoksen_hallinta_ja_kehittaminen/osallista_va_kehittaminen/sivut/default.aspx
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. 2009. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet. 2009 october 3; 374(9696), 1196-1208.
- Coleman, K., Austin, B., Brach, C. & Wagner, E. 2009. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. Health Affairs 28(1), 75-85. Viitattu 10.9.2015.
- Dancer, S & Courtney, M. 2010. Improving diabetes patient outcomes: Framing research into the chronic care model. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 22 (2010)/11, 580-585.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Hankonen, N. 2011. Psychosocial Processes in Health Behaviour Change in a Lifestyle Intervention. Nationale Institute of Health and Welfare. Tutkimus 5/2011. THL.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Henkilötietolaki. 22.4.1999/523.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Iljanne-Parikka, P.2013. Yhteistyöllä diabeteksen ehkäisyyn ja hyvään hoitoon -onko potilaalasi hoitosuunnitelma?. Työterveyslääkäri 31(2), 27-29.
- Innokylä. 2015. Terveystyömalli. Viitattu 9.9.2015. <https://www.innokyla.fi/web/malli795854>
- Järvi, U. 2013. Potilas irti reseptivuoresta. Suomen lääkirilehti 68(47). 3056-3057.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- Kansallinen terveysarkisto. 2014. Potilastiedon arkisto. Viitattu 9.1.2015. <http://www.kanta.fi/7>
- Kanste, O., Timonen, O., Ylitalo, K. & Kyngäs, H. 2009. Hoitajajohtoinen toimintamalli pitkäaikaissairauksien palveluohjauksessa. Englantilaisen Community matron -mallin kuvaus. Helsingin tutkimus 28(2). 65-75.
- Kauppi, I, Kähtävä, S & Lipasti, K. 2010. Hoitoa ja huolenpitoa ammattitaidolla. Helsinki: Edita Prima.

Komulainen, J., Mäkinen, R., Rintala, R & Mäntyranta, T. 2012. Kansallisesta terveys- ja hoitosuunnitelmasta tuli yhtenäinen. Suomen lääkärilehti 3/2012. Vsk 67, 175-176.

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Juvenes Print-Tampereen yliopistopaino.

Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M. & Sund, R. 2009. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 46. 285-297.

Krogstrup, H. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi BIKVA-malli. Helsinki: Stakes.

Kuronen, R. 2013. Potkua pitkäaikaissairauksien hoitoon.: Syyllisyyden maksimoinnista pystyvyyden tunteen lisääntymiseen. Työterveyslääkäri 67(3), 173-176.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, säilytys ja käyttö. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edit Prima oy.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23(2), 138-148.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 19, 3-12.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.9.2004/857.

Lehtovirta, J. & Vuokko, R. (toim.) 2014. Terveidenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen OSA 1. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Juvenes Print oy-Suomen Yliopistopaino Oy.

Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L. & Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 48/2013, vsk 68. 3163-3169.

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2011. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT. Viitattu 9.10.2015. <http://www.vtt.fi/files/sites/Mosaic/9.pdf>

Linsamo, M. 2014. Väli-Suomen Potku loppuraportti, Päijät-Potku osahanke 1.11.2012-31.10.2014.

Linsamo, M. 2012. Väli-Suomen Potku loppuraportti, Päijät-Potku osahanke 1.4.2010-31.10.2012.

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2008. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.9.2015. http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Oksman, E, Sisso, M. & Kuronen, R a. Potkussa tehty jo yli 14 000 terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Potilas kuljettajan paikalle. Potku 2. Väli-Suomen Kaste-hanke 2012-2014. Viitattu 11.9.2015. <http://www.potkuhanke.fi/fi/ajankohtaista-ii/49-potkussa-on-tehty-yli-14-000-terveys-ja-hoitosuunnitelmaa>

Oksman, E, Sisso, M. & Kuronen, R b. Terveysyötymalli. Potilas kuljettajan paikalle. Potku 2. Väli-Suomen Kaste-hanke 2012-2014. Viitattu 11.9.2015. <http://www.potkuhanke.fi/fi/terveyshyotymalli>

Oprea, L. Braunack-Mayer, A., Rogers, W.A & Stocks, N. 2009. An ethical justification for the Chronic Care Model (CCM). Health Expectations. Vol.13. No.1, 55-64. Viitattu 10.9.2015.

Pernaa, M. 2014. Asiakasvastaava huolehtii kokonaisuudesta. Tesso Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti. Viitattu 19.9.2015. <http://tesso.fi/artikkeli/asiakasvastaava-huolehtii-kokonaisuudesta>

Peruspalvelukeskus Aava. 2015. Strategiatimantti. Yksikön sisäinen asiakirja

Pirinen, H. 2014. Esimies muutoksen johtajana. Helsinki: Talentum.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Peruspalvelukeskus Aava -liikelaitos. 2015. Aavan Hoitosuunnitelmat kunnittain 1.1-31.8.2015.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Peruspalvelukeskus Aava -liikelaitos. 2013. Hoidon ja palveluiden saatavuus ja ennaltaehkäisevän työn kattavuus.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2012. Peruspalvelukeskus Aava. Viitattu 22.8.2015. <http://www.phsotey.fi/sivut/?vy=8010&ryhma=343>

Routasalo, P & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Forssa: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 124(21). 2351-2359.

Räsänen, H. 2012. Tutkimus- ja kehittämishankkeiden tieteellinen viitekehys. HAMK. Viitattu 7.6.2015. http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/menetelmat/Documents/3_Tutkimus-ja_kehittaemishankkeet.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puustniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto Kvali-MOTV, Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere: Tampereen yliopisto.

Saarelma, O., Lehtovuori, T. & Heinänen, T. 2010. Selkeyttä pitkäaikaissairaanhoidon. Yleislääkäri 25(5), 27-30.

Saarelma, O., Lommi, M., Hemminki, A., Leppäkoski, A. & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Suomen lääkäri 63(50), 4441-4448.

Sipilä, T., Kankkunen, P., Suominen, T. & Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelut aineistontekemisen menetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen välineenä. Hoitotiede 19

Sosiaali- ja terveysministeriön antama asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009/298.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2015. Käypä hoito. Viitattu 19.9.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>

Sydäntutkimussäätiö. 2015. Sydänsairaudet lisääntyvät. Viitattu 10.10.2015. <http://www.sydantutkimussaatio.fi/tutkimusuutisia/tutkimusuutisia/sydansairaudet-lisaantyyvat>

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326

Tilastokeskus. Tutkimus ja kehittämistoiminta. Viitattu 8.9.2015. http://www.stat.fi/meta/kas/t_ktoiminta.html

Tissari, V & Toiviainen, H. 2012. Omahoitomalli asiakaslähtöisyyden välittäjänä. KONSEPTI-Toimintakonseptin uudistajien verkkolehti 7(1-2), 1-29.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Valvira. 2013. Hoitosuunnitelmat pitkäaikaishoidossa ja ensihoito. Ohje 5/2013.

Vuokko, R. Mäkelä, M. Komulainen, J. & Meriläinen O. 2011. Terveystenhuollon toimintaprosessit. Terveystenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos.

Wagner, E., Austin, B., Davis, C., Hindmarch, M., Schaefer, J. & Bodom, A. 2001. Improving chronic illness care, translating evidence in action. Health Affairs 20(6), 64-78. Viitattu 9.9.2015.

Kuviot

Kuvio 1: Terveysyötyymalli (Innokylä 2015).....	13
Kuvio 2: Tutkimusparadigmojen nelikenttä (Anttila 2007,23).	22
Kuvio 3: Kehittämishanke tasoprosessina mukaillen Toikka ja Rantasta (2009, 68).....	25
Kuvio 4: Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä (Aineisto 2).	32
Kuvio 5: Miten sairaanhoitajat/osastonhoitajat kokivat hoitosuunnitelmaprosessin?.	47
Kuvio 6: Millaisia haasteita hoitosuunnitelmaprosessiin liittyy?	57
Kuvio 7: Miten hoitosuunnitelmaprosessiin liittyviin haasteisiin voidaan vastata?	65
Kuvio 8: Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit (Kylmä & Juvakka 2007, 128).	77

Taulukot

Taulukko 1: Esiaineiston tulokset yläluokittain.....	34
Taulukko 2: Tutkimusaineistosta ilmenevät ristiriidat sairaanhoitajien ja osastonhoitajien näkemyksien välillä.....	66
Taulukko 3: Hoitosuunnitelman päivittämiseen liittyvät ratkaisumallit	68
Taulukko 4: Hoitosuunnitelman sisällöllisen päivittämisen kehittämisessä huomioitavia asioita	69
Taulukko 5: Jatkossa kehittämisessä huomioitavia teemoja.	70
Taulukko 6: Peruspalvelukeskus Aavan hoitosuunnitelmatilastot 1.1-31.8.2014 ja 1.1-31.8.2015.....	72

Liitteet

Liite 1 Saatekirje.....	89
Liite 2 Suostumusasiakirja.....	90
Liite 3 Prosessikuva.....	91
Liite 4 SWOT-kaavio	92
Liite 5 Fokusryhmähaastattelun teemahaastattelurunko	93
Liite 6 Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelun heräte.....	96
Liite 7 Sairaanhoitajien 2. fokusryhmähaastattelun heräte	99

Liite 1 Saatekirje

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Opiskelen Laurea ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa (YAMK), terveyden edistämisen ja palveluiden kehittämisen ja johtamisen –koulutusohjelmassa. Tutkintoni kuuluu opinnäytetyö, jonka teen yhteistyössä Peruspalvelukeskus Aavan kanssa. Opinnäytetyöni aihe on *pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelmaprosessin kehittäminen Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottopalveluissa*. Laureassa ohjaajanani toimii yliopettaja Teemu Rantanen ja Peruspalvelukeskus Aavassa johtava hoitaja Tuula Hakala. YAMK-opinnäytetyö ja sen raportti valmistuvat vuoden 2015 loppuun mennessä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla ja osastonhoitajilla on vastaanottojen hoitosuunnitelmaprosessista ja selvittää niitä tekijöitä, jotka estävät hoitosuunnitelmaprosessin noudattamista. Tietoa hoitosuunnitelmaprosessista ja sen kehittämisestä kerätään ryhmähaastatteluilla.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Peruspalvelukeskus Aavan hoitosuunnitelmaprosessia yhdessä pitkäaikaissairaiden hoitoon osallistuvista vastaanoton sairaanhoitajista koostuvan fokusryhmän sekä Aavan alueen osastonhoitajien ja johtavan hoitajan kanssa. Kehittämisprosessissa mukaillaan BIKVA-mallia, jonka avulla pyritään saavuttamaan yhä parempi yhteisymmärrys sen välillä, miten sairaanhoitajat ja osastonhoitajat kokevat hoitosuunnitelmaprosessin ja miten hoitosuunnitelmaprosessia noudatetaan organisaatiossa. Mallin toiminta edellyttää, että organisaatio on avoin mielipiteille. BIKVA-mallin päätaavoitteena on henkilöstön oppiminen ja kehittyminen.

Kehittämisprosessin lähtökohtana ovat pitkäaikaissairaiden hoitotyötä tekevien vastaanottopalveluiden sairaanhoitajien näkemykset hoitosuunnitelmaprosessista. Oppiminen alkoi fokusryhmähaastattelulla, jossa sairaanhoitajat keskustelivat hoitosuunnitelmaprosessiin liittyvistä asioista omasta näkökulmastaan. Haastattelun jälkeen aineisto litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä, ja aineiston pohjalta johdettiin uusi teemahaastattelurunko. Toisessa vaiheessa esitellään ensimmäisen vaiheen tulokset ja suoritetaan ryhmähaastattelu osastonhoitajille ja johtavalle hoitajalle. Haastattelun jälkeen aineisto jälleen litteroidaan ja analysoidaan, ja aineiston pohjalta johdetaan uudet tutkimuskysymykset ja teemahaastattelurunko. Viimeisessä vaiheessa siihen asti saadut tulokset esitellään ja fokusryhmähaastattelu uusitaan samojen haastateltavien kanssa, kuin vaiheessa yksi. (Liite 1)

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni.

Orimattilassa huhtikuun 14. päivänä 2015

Inka-Maria Pahajoki
YAMK-opiskelija
sähköposti: xxxx@student.laurea.fi
puhelin: xxx-xxxxxxx

Liite 2 Suostumusasiakirja

LUPA HAASTATTELUUN

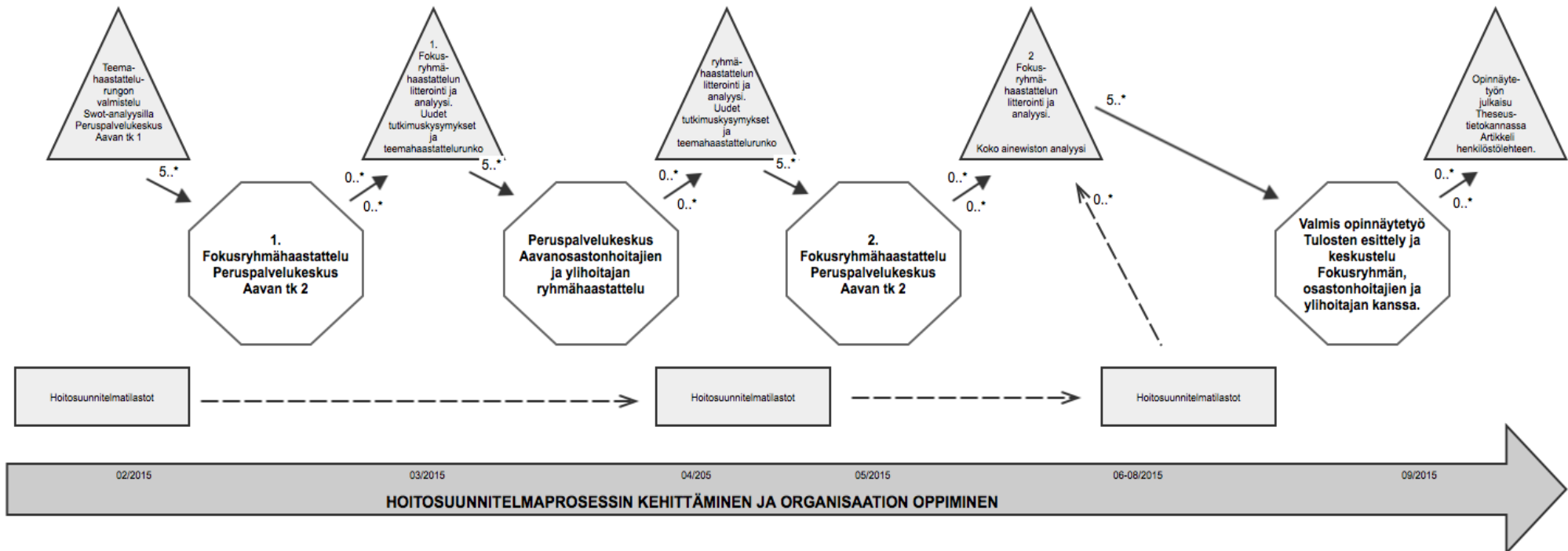
- _____ Osallistun vapaaehtoisesti opinnäytetyöhön liittyvään ryhmähaastatteluun aiheesta **Pitkääikaissairaiden hoitosuunnitelmaprosessin kehittäminen Peruspalvelukeskus Aavan vastaanottopalveluissa.**
- _____ Suostun haastattelun nauhoittamiseen osana tutkimuksellista kehittämisentoimintaa.
- _____ Tiedän, että minulla on oikeus keskeyttää tutkimukselliseen kehittämistoimintaan ja opinnäytetyöhön osallistuminen missä tahansa prosessin vaiheessa.
- _____ Tiedän, että opinnäytetyön tekijä sitoutuu hävittämään haastatteluissa saatavat tiedot asianmukaisesti opinnäytetyön raportin valmistuttua. Myös tämä paperi hävitetään.
- _____ Tiedän, että opinnäytetyön tekijä sitoutuu säilyttämään aineistoa luotettavasti, niin ettei se missään vaiheessa joudu väärin käsiin tai ulkopuolisille.

Päiväys

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 3 Prosessikuva



Liite 4 SWOT-kaavio

Laurea ammattikorkeakoulu/ Peruspalvelukeskus Aava
YAMK- opinnäytetyö Inka-Maria Pahajoki
Kevät 2015

PITKÄAIKAISSAIRAIDEN HOITOSUUNNITELMAPROSESSIN KEHITTÄMINEN PERUSPALVELUKESKUS AAVAN VASTAANOTTOPALVELUISSA

Pohtikaa pareittain tai kolmen ryhmässä tämänhetkistä hoitosuunnitelmaprosessia SWOT-analyysin avulla. Vastauksia voi tarvittaessa jatkaa paperin kääntöpuolelle. Osallistuminen on anonyymia ja vapaaehtoista.
Kiitos avustanne!

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
MAHDOLLISUUDET	UHAT

Liite 5 Fokusryhmähaastattelun teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO 1.FOKUSRYHMÄ

19.3.2015

1. TUTKITTAVIEN SUHDE HOITOSUUNNITELMAAN

- Onko hoitosuunnitelmaprosessi tuttu?
- Oletteko osallistuneet hoitosuunnitelmaa tukeviin koulutuksiin?
- Oletteko tehneet hoitosuunnitelmia?
- Minkä verran hoitosuunnitelmia olette tehneet?
- Kuinka paljon hoitosuunnitelmia tehdään arvionne mukaan yksikössänne kuu-kausittain?
- Millaisena koette hoitosuunnitelmat?
- Millaiseksi koette omat taitonne hoitosuunnitelmien suhteen?
- Millaista tukea tai koulutusta toivotte taitojenne edistämiseksi?
- Millaista konkreettista hyötyä koitte saaneenne itselle tai yksikköönne Potku-projektin kautta?

2. HOITOSUUNNITELMAPROSESSI Vapaasanaisesti (SWOT)

- Hoitosuunnitelmaprosessin vahvuudet
- Hoitosuunnitelmaprosessin heikkoudet
- Hoitosuunnitelmaprosessin mahdollisuudet
- Hoitosuunnitelmaprosessin uhat

3. HOITOSUUNNITELMA ARJEN TYÖKALUNA

Omahoitolomake

- Miten mielestänne omahoitolomake tukee hoitosuunnitelmakäyntiä?
- Millaiseksi koette omahoitolomakkeen?
- Miten omahoitolomake palvelee nykyisellään hoitosuunnitelmakäyntejä?
- Millainen omahoitolomake on asiakkaan näkökulmasta?
- Millainen omahoitolomake on hoitajan näkökulmasta?
- Miten omahoitolomaketta voisi kehittää?
-
- Milloin asiakkaanne saavat omahoitolomakkeen?
- Millainen saatekirje omahoitolomakkeen mukaan laitetaan?
- Millaista ohjausta asiakkaalla on mahdollinen saada omahoitolomakkeen täyttämässä ennen hoitosuunnitelmakäyntiä?

Hoitosuunnitelmakäynti

- Onko asiakkailla omahoitolomake täytettynä mukanaan, kun tulevat vastaanotolle?
- Miten asiakkaat suhtautuvat hoitosuunnitelmakäynteihin?
- Millaisena koette hoitosuunnitelmavastaanoton pitämisen? Vahvuudet? Heikkoudet?
- Miten hoitosuunnitelmavastaanottoja voisi kehittää?
-
- Millainen on todellisuudessa lääkärin rooli hoitosuunnitelmavastaanotoilla?
-
- Millaista roolia tai tukea kaipaisitte lääkäriltä hoitosuunnitelmavastaanotoilla?
- Jos käytössä on alkuperäinen kahden käynnin mallin, millaiseksi koette tuplakäynnin hyödyn?

Kirjaaminen

- Millaisena koette hoitosuunnitelmalehden täyttämisen Efficassa?

- Esiaineistosta ilmeni ongelmaksi hoitosuunnitelman ”mustuminen” viidessä vuorokaudessa, millaisia kokemuksia teillä on tästä? Vaikuttaako työhön, jos niin miten?
- Millaiseksi koette rakenteisen kirjaamisen hoitosuunnitelmassa (tarve, tavoite, keinot, arviointi)?
- Mikä muu esitystapa toimisi mielestänne hoitosuunnitelmissa?
- Miten asiakkaan oma ääni pääsee kuuluviin kirjauksissanne?
- Tuleeko hoitosuunnitelmia päivitettyä?
- Hoitosuunnitelmalehti ei tällä hetkellä näy Kannassa. Minkälaisia ajatuksia se herättää?

Pitkäaikaissairaat asiakkaat

- Kuinka paljon arvioitte pitkäaikaissairaista asiakkaistanne olevan hoitosuunnitelma-asiakkaina?
- Miten asiakkaat valikoituvat hoitosuunnitelma-asiakkaiksi?
- Esiaineistosta nousi huoli asiakkaiden eriarvoistumisesta. Millaisia ajatuksia herättää teissä?

Hoitosuunnitelma-asiakkaat

- Millaisia kokemuksia olette saaneet hoitosuunnitelma-asiakkaiden hoidosta?
- Miten hoitosuunnitelman olemassaolo on vaikuttanut hoidon jatkuvuuteen?
- Miten koette hoitosuunnitelman olemassa olon vaikuttaneen potilasturvallisuuteen?
- Millaista hyötyä koette itse saaneenne arjen hoitotilanteisiin olemassa olleesta hoitosuunnitelmasta? Tuleeko hoitosuunnitelmaan perehdyttyä muissa hoitotilanteissa?
- Millaisia kokemuksia teillä on asiakkaiden hoitoon sitoutumisesta hoitosuunnitelmaprosessin aikana? Millaista muutosta on tapahtunut? Mistä voisi johtua?
- Noudattavatko yksikössänne kaikki hoitoon osallistuvat (muut hoitajat, lääkärit, ajanvaraajat) laadittua hoitosuunnitelmaa?
- Hoitosuunnitelmien ajantasaisuus? (Potilasturvallisuus?) Millaista hyötyä laaditusta hoitosuunnitelmasta on asiakkaalla muissa yksiköissä?
- Esiaineistosta nousi huoli asiakaskohtaisista eroista. Kuinka asiakkaille voitaisi turvata yhdenmukainen hoito hoitajasta tai tiimistä riippumatta?
- Kuinka yhdenmukaistamista voitaisi hyödyntää koko Aavan alueella?

4. HOITOSUUNNITELMAPROSESSIN TOTEUTUMISTA ESTÄVÄT TEKIJÄT

- Mitkä tekijät estävät hoitosuunnitelmaproessin toteuttamista?
- Mistä em. Tekijät voivat johtua?
- Miten näitä tekijöitä voisi ehkäistä tai ongelman ratkaista?
- Miten omahoitajan vaihtuminen vaikuttaa?
- Miten asiakkaan ja hoitajan väliset henkilökemiat vaikuttavat toteutumiseen?
- Esiaineistosta nousi esiin huoli hoitajien väsymisestä. Millaisia kokemuksia teillä on?

5. HOITOSUUNNITELMAN AJANKÄYTÖLLISET HAASTEET

- Kuinka paljon hoitajien hoitosuunnitelma-aikoja on yksikössänne viikoittain?
- Riittävätkö ajat kaikille halukkaille asiakkaille?
- Millainen viive on hoitosuunnitelmakäynnille pääsyssä? Aiheuttaako viive ongelmia?
- Kuinka pitkä vastaanottoaika hoitosuunnitelmaa varten on varattu?
- Kuinka varattu aika riittää?
- Ehdittekö kirjata hoitosuunnitelman varatun ajan puitteissa?
- Aiheutuuko hoitosuunnitelmista ylityötä? Vietätekö toistuvasti kahvi/ruokatunteja paikataksenne mahdollista viivettä?
- Kuinka pitkä ajanvaraus olisi ideaali hoitosuunnitelmakäyntejä varten?
- Onko hoitosuunnitelmat mielestänne vähentäneet asiakkaiden toistuvaa asiointia terveysasemalla

6. KEINOT HOITOSUUNNITELMAPROSESSIN PAREMPAAN KÄYTTÖÖNOTTOON

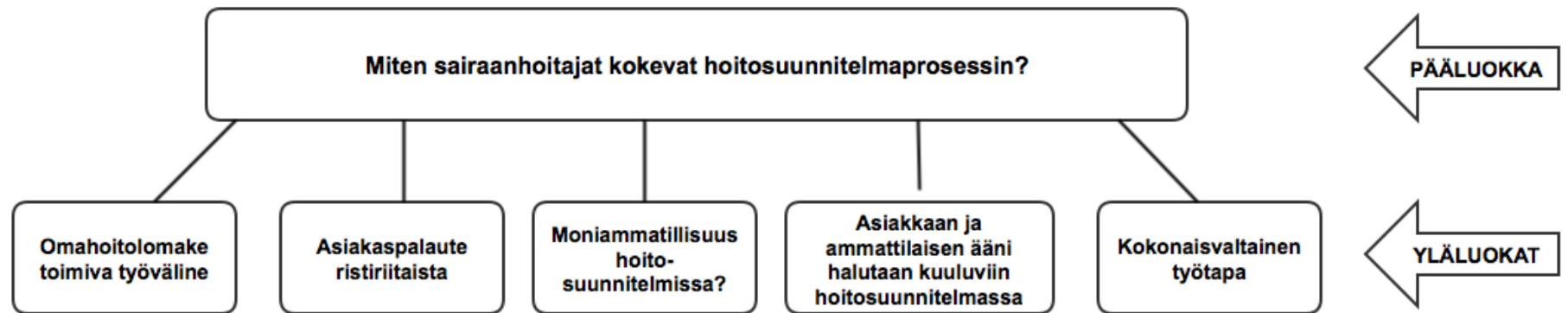
- Millaisilla keinoilla hoitosuunnitelmien lukumäärää saataisi kasvatettua terveysasemallanne?
- Millaisilla keinoilla hoitosuunnitelmien lukumäärää saataisi kasvatettua koko Aavan alueella?
- Millaisilla keinoilla hoitosuunnitelmasta tulisi toimiva arjen työkalu?

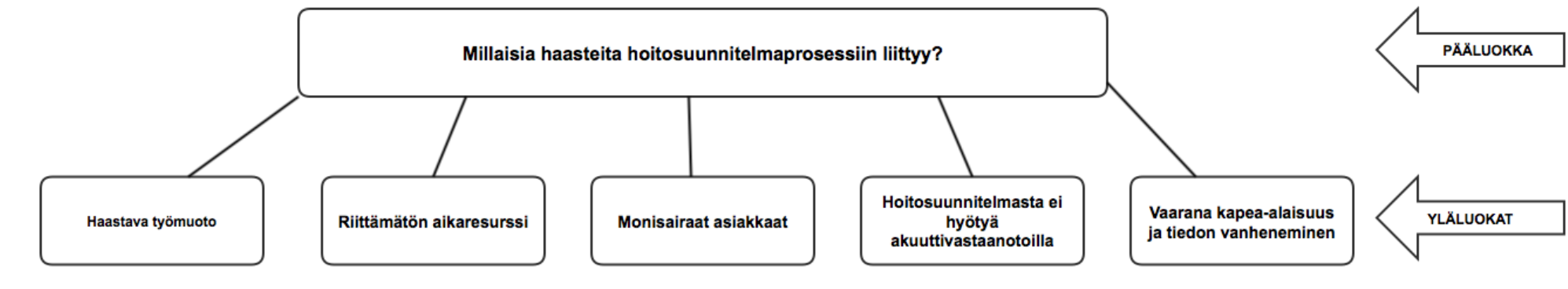
7. JOHTAMINEN HOITOSUUNNITELMAPROSESSIN TUKENA

- Millaiseksi koette johtamisen roolin hoitosuunnitelmapirosessissa?
- Millaisia keinoja lähijohtajilla (osastonhoitaja, johtava hoitaja) on käytettävänä?
- Mitä konkreettisia tekoja toivotte lähijohtajalta hoitosuunnitelmapirosessin edistämiseksi? Arvioikaa myös odotustenne realiteetteja, ovatko mahdollisia toteuttaa? Jos niin, miten?

8. YHDESSÄ SOVITUT TAVOITTEET SEURAAVALLE TAPAAMISELLE 9.5.2015

Liite 6 Osastonhoitajien fokusryhmähaastattelun heräte

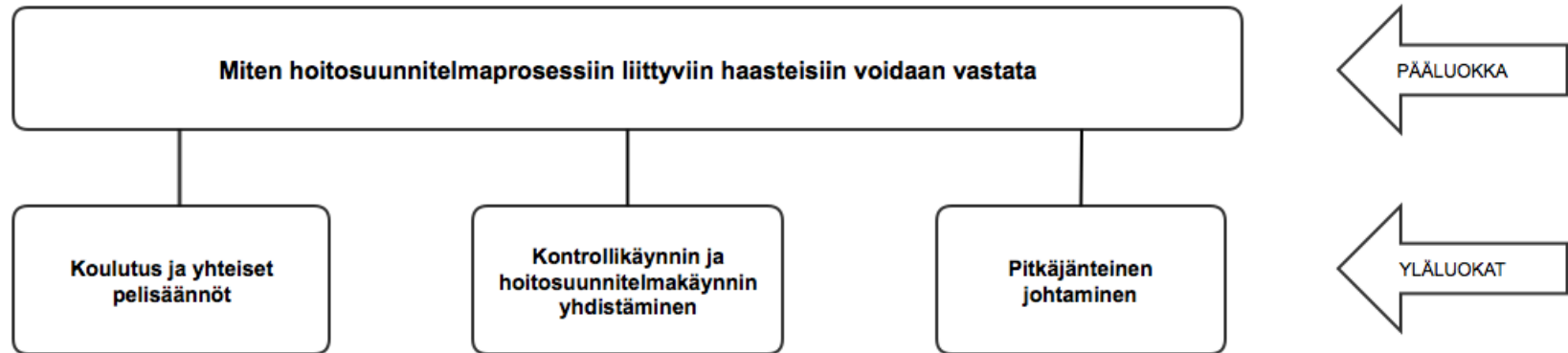




ESIAINEISTOSTA ILMENTYNYTTÄ

Yläluokka = Y , Alaluokka = A

- Hoitotyöprosessiin liittyvät ongelmat (Y)
 - Eriarvoistaako asiakkaita? (A)
 - Toteutuuko hoidon jatkuvuus? (A)
 - Hoitosuunnitelmien päivittämisen puute (A)
- Hoitosuunnitelmaan sitoutumattomuus henkilöstössä (Y)
 - Hoitosuunnitelmien päivittäminen (A)
 - Hoitosuunnitelmien noudattaminen (A)
 - Vähäinen hoitosuunnitelmien määrä ja epäyhtenevät käytännöt eri organisaatioissa ongelmana(A)
- Kirjaamiseen liittyvät ongelmat (Y)
 - Hoitosuunnitelman pysyvä tallentuminen tietojärjestelmään (A)



Liite 7 Sairaanhoitajien 2. fokusryhmähaastattelun heräte

